REVUE INTERNATIONALE

D'ODONTOLOGIE

Châteauroux. — Typ. et Stéréotyp. A. Majesté et L. Bouchardeau

1re et 2e ANNÉES. VOL. I et II.

REVUE INTERNATIONALE D'ODONTOLOGIE

Directeur : Paul DUBOIS

Ex-professeur à l'École dentaire de Paris,
Ancien Président de la Société d'Odontologie de Paris.

TOME I

RÉDACTION ET ADMINISTRATION

2, rue d'Amsterdam, 2

VOL. 2. JANVIER 1893 N° 1

REVUE INTERNATIONALE
D'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

ORTHOPÉDIE DENTAIRE OU TRAITEMENT DES ANOMALIES DE DIRECTION

Par M. P. Dubois,

Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris.

On peut dire que le redressement doit se faire par l'opération à un âge moins avancé que quand on a recours à un appareil. Celui-ci, pour tenir, a besoin d'une saillie suffisante des couronnes, de la sortie d'un certain nombre de dents et aussi de l'âge du petit patient à qui l'on inflige une gêne assez considérable. Si l'on tient compte que le succès dépend de la continuité de l'action orthophédique, on ne placera pas d'appareil un peu compliqué avant l'âge de dix ans.

Une fois l'adolescence dépassée, il est encore possible de réussir un redressement puisque la plasticité de l'os reste longtemps favorable, ainsi que le démontrent les déplacements lents causés par l'articulation et par les pièces de prothèse ; les réunions à la suite de fractures chez les adultes et chez les vieillards concluent dans le même sens. Toutefois l'âge de trente ans peut être donné comme limite. *D'une manière générale*, l'époque véritablement opportune est celle de douze à dix-huit ans, quand toutes les dents, sauf la troisième molaire ont fait éruption.

Le processus physiologique du redressement consiste en la résorption de la paroi contre laquelle s'appuie la dent redressée et en la reproduction d'une paroi nouvelle ; or si le redressement est trop tardif, les phénomènes de résorption s'opèreront sans qu'il y ait néoformation osseuse équivalente. C'est ainsi

que les choses se passent quand le déplacement d'une dent résulte de la pression d'un appareil mal construit, d'une articulation vicieuse. Corriger une anomalie supportée jusqu'à l'âge moyen de la vie au prix de l'ébranlement et de la chute précoce de l'organe nous semble condamnable.

Comme nous l'avons déjà dit : la continuité de l'effort est une condition de succès, et surtout de succès rapide. L'intermittence irrite inutilement les tissus, entrave la reconstitution de l'alvéole, elle prolonge le traitement et peut même le faire échouer. On préviendra donc les parents et l'enfant de l'obligation du port permanent de l'appareil et il ne sera enlevé que pour le nettoyage. Cela a conduit certains auteurs à préconiser des appareils inamovibles. S'ils doivent rester en place plus d'une semaine, ce système a de nombreux inconvénients, malgré les lavages buccaux.

Dans quelques cas, il est nécessaire de fixer assez solidement l'appareil de manière à ce que l'enfant ne puisse l'enlever et que cela soit fait par le dentiste lui-même, dût-on multiplier les visites.

Les appareils de redressement doivent réunir les conditions suivantes :

1° S'adapter exactement à la gencive et aux dents sans les léser, donc ne pas provoquer d'usure, des fractures de l'émail, de la périostite, de la gingivite ;

2° Être fixés solidement de manière à assurer un point d'appui suffisant aux forces orthopédiques ;

3° Agir sur les points voulus d'une façon lentement progressive et sans saccades ;

4° Etre faciles à nettoyer dans toutes leurs parties.

La force doit être aussi directe que possible, se rapprocher comme direction du grand axe de la dent ne s'exercer que quand une place suffisante a été faite. L'effort ne doit porter que sur une ou deux dents à la fois, et il y a avantage à sectionner le travail de redressement de plusieurs dents. Toutefois, le prognathisme et le rétrécissement transversal de l'arcade, ne peuvent être combattus que par une pression s'exerçant sur un groupe de dents. Il est évident que le redressement trop rapide peut créer une inflammation préjudiciable.

Les matières employées pour les appareils de redressement sont l'or, le platine, l'aluminium estampé et coulé, l'argent, le caoutchouc vulcanisé et le celluloïd.

L'argent peut servir pour les plans inclinés, mais pour les autres appareils il est trop flexible ; l'aluminium est rigide et léger mais il a l'inconvénient de ne pas se souder (à moins d'être

étamé), il peut se combiner avec le caoutchouc ; l'or et le platine peuvent être employés seuls ou associés à d'autres matières. Les appareils en métal ont pour eux leur solidité avec de faibles épaisseurs ainsi que leur peu de porosité ; le caoutchouc a pour lui ses avantages de plasticité, et contre lui la nécessité d'exiger une certaine épaisseur ; il se laisse aussi plus pénétrer que le métal par les détritus buccaux. Dans la plupart des cas le métal est donc supérieur, au moins pour la portion palatine de l'appareil.

L'exactitude de l'empreinte est peut-être plus nécessaire pour un redressement que pour confectionner un appareil de prothèse ordinaire. Des parties dures devant être en contact avec la plaque base, il s'ensuit que le modèle pris avec le plâtre est en quelque sorte obligé ; il est même bon, avant de couler les moules en zinc ou de faire la cire, de charger la pointe des tubercules avec un peu de plâtre clair, afin d'éviter le ballottement et la suspension de l'appareil ; si celui-ci est en caoutchouc, on cuira sur le modèle et on fera un duplicata afin de se rendre compte de l'état initial de la bouche.

On trouvera plus loin la description d'appareils n'ayant pour points d'appui que de simples anneaux, on pourra les appliquer pour les cas simples, rétroversion ou antéversion d'une ou de deux dents ; pour les cas compliqués demandant le maintien d'un appareil pendant un ou plusieurs mois, l'action prolongée de l'anneau métallique serait préjudiciable à la, ou aux dents de support et ce système sera délaissé. En cimentant l'anneau autour de la dent on diminue les inconvénients ci-dessus.

La plaque, malgré la gêne passagère qu'elle crée, convient dans la majorité des cas. Les appareils de redressements modifient l'articulation, on doit tenir compte que les dents ne portant pas sur une dent ou sur partie de l'appareil tendent à s'allonger, et selon les cas l'effet sera utile ou contraire.

Nous passerons en revue les principaux genres d'appareils de redressement.

APPAREILS PORTANT SUR LA MACHOIRE OPPOSÉE A CELLE A REDRESSER

Le plan incliné. — Il n'est applicable qu'en cas de rétroversion d'un petit nombre de dents antérieures ; il a pour inconvénient d'entraver la mastication et par conséquent d'être porté irrègulièrement. Il ne peut se dissimuler comme nombre d'appareils et sauf pour les cas simples de rétroversion des incisives ou de canines supérieures, il ne sera pas employé.

Il est assez difficile de faire bien tenir un plan incliné. En grattant les dents en plâtre au collet avant de faire les moules en zinc on assure une rétention plus énergique. Guilford conseille même de cimenter l'appareil sur les dents à l'aide de l'oxyphosphate de zinc.

Le même auteur décrit plusieurs petits appareils de redressement qui dans les cas simples rendront de grands services :

1° Un petit plan incliné pour le cas où on a à ressortir une incisive supérieure et à rentrer une incisive inférieure. Un anneau est fait autour de l'incisive inférieure, il est recouvert d'une coiffe faisant plan incliné. Le tout est ensuite scellé à l'aide du ciment ;

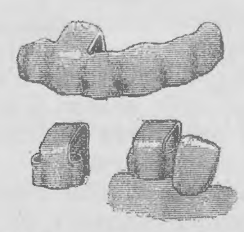


Fig. 1. — Différentes formes de plan incliné.

2° Un appareil de redressement pour une incisive constitué par une bande métallique faisant ressort. La bande se termine d'un côté par un anneau scellé, de l'autre par un crochet permettant d'attacher une ligature. (*Guilford, Orthodontia in Progrès Dentaire*, 1891.)

APPAREILS PORTANT SUR LA MACHOIRE IRRÉGULIÈRE

Les agents actifs de redressement sont dans les appareils à plaque, les cales et coins de bois, de laminaire ou de caoutchouc; la vis, le fil d'or ou d'acier, le ressort à boudin, la bande et le fil de caoutchouc, les derniers servent surtout pour la traction en arrière, la projection en avant s'obtient à l'aide des uns et des autres.

La cale et le coin de bois sont des agents intermittents de redressement et ont actuellement des substituants supérieurs dans la bande de caoutchouc, les fils d'or et d'acier et dans la vis. Ces derniers ne doivent que le moins possible porter directement sur les dents et être entourés de tubes de caoutchouc souple, ou avoir à leurs extrémités agissantes de petites pièces de caoutchouc vulcanisé.

Dans les cas simples de rétroversion d'une ou de deux inci-

sives, l'appareil avec bande extérieure agissant par des bandes de caoutchouc fixées par le procédé Barbe est un des mieux adaptés. Son action est rapide.

APPAREIL BARBE

Son auteur explique ainsi sa construction :

Un appareil coiffant les dents est fait comme à l'ordinaire.

Cet appareil peut être en métal ou en caoutchouc.

On dispose à sa face labiale une bande métallique assez épaisse, 5 dixièmes de millimètre.

Cette bande doit avoir 4 millimètres de hauteur. Elle est pla-

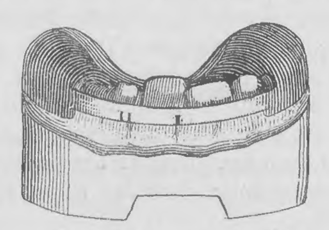


Fig 2. — Appareil Barbe.

cée de manière à reformer l'arcade normale ; c'est-à-dire que, s'il est nécessaire d'avancer les dents de 3 millimètres, la bande sera placée à 3 millimètres, afin que, le redressement opéré, la dent puisse plaquer contre elle sans risquer d'aller plus loin, — le moyen est assez énergique pour que cela soit à craindre si la bande était placée trop en avant. — La bande sera placée à la hauteur du feston gingival ou même légèrement plus haut lorsque les dents sont peu sorties.

Sur cette bande, il sera pratiqué, à l'aide d'une scie à repercer mince, des fentes sur moitié de la hauteur environ ; ces fentes seront de deux pour chaque dent à redresser, elles seront placées en regard de leurs faces latérales. On effacera, à la lime douce, les angles d'entrée du trait de scie pour éviter de couper le caoutchouc.

L'appareil fini est ensuite essayé et articulé ; il doit tenir très fermement, sans quoi, l'action des bandes de caoutchouc le déplacerait.

L'appareil ne doit être enlevé que par le dentiste. Du reste le peu de temps de sa présence dans la bouche rend cet inconvénient très supportable. Avant de le placer définitivement on prépare les trous devant recevoir les chevilles de bois, les ligatures ou tout autre moyen servant à fixer solidement l'appareil.

Ceci fait, on se munit d'un morceau de bande de caoutchouc, long d'au moins 10 centimètres. Cette bande est la même que celle qui sert à séparer temporairement les dents destinées à être obturées, mais on préférera la plus mince, 1 millimètre carré à la section.

Le morceau de bande est passé derrière la dent à redresser, puis ses deux bouts sont maintenus par la main gauche, en même temps la main droite glisse l'appareil à sa place ; les coins ou chevilles de bois l'y consolident. C'est alors qu'on fait agir le moyen de redressement qui est la bande de caoutchouc ; la main gauche tenant un bout, la droite tire fortement et l'introduit dans la fente pratiquée à la scie sur la bande métallique ; le caoutchouc pressé dans cette fente fait bourrelet en dehors, il y est plus solide que s'il y était accroché, puis l'on tire de nouveau sur le caoutchouc autant qu'on le peut, la jusqu'à crainte de rupture, alors on le fait entrer dans deuxième fente. On coupe ce qui dépasse et on fait revenir au plus tard le surlendemain. (Barbe. *Un nouveau moyen de fixer les bandes de caoutchouc dans les appareils à redressement. Odontologie*, 1888, p. 549.)

APPAREIL GAILLARD

L'appareil de M. Gaillard est plus simple comme plaque, mais son mode d'attache des caoutchoucs est moins parfait.

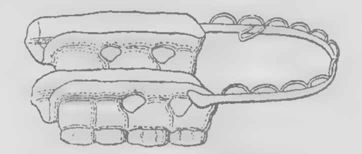


Fig. 3. — Appareil Gaillard.

Il consiste en deux coiffes métalliques estampées sur les couronnes des bicuspides et des molaires et reliées ensemble par un fil métallique demi-jonc d'une largeur de 2 millimètres.

Sur ce fil demi-jonc on soude une série de petits anneaux obtenus à l'aide de fil de 3/10 de millimètre de diamètre ondulés et soudés au point de contact.

Les capsules... présentent également un rebord gingival d'à peine 5 millimètres de hauteur et qui se prolonge en dehors et en dedans.

Ces capsules sont pleines ou découpées à jour suivant qu'on a besoin ou non d'obtenir l'écartement des deux arcades. Des

moignons en hippopotame peuvent surélever l'articulation.... Aux faces palatines et juguales se remarquent de petits trous correspondant aux interstices destinés à laisser passer des fils d'argent de 3/10 de millimètre qu'on ligature en rabattant les pointes du fil au côté externe de l'interstice.

Les agents actifs de redressement sont des fils de caoutchouc à section carrée de 1, 2 ou 3 millimètres de côté tendus et tirés sur la dent à redresser et fixés à l'aide de fils ou de nœuds sur la bande extérieure. (Gaillard, *Des déviations des arcades dentaires et de leur traitement rationnel*, p. 149.)

Cet appareil a l'avantage d'être peu encombrant, son bandeau extérieur et son mode de fixation des caoutchoucs sont inférieurs à ceux du procédé Barbe. Les deux procédés peuvent se combiner.

APPAREIL DE COFFIN

L'utilisation du ressort d'acier (fil de piano) est une des conquêtes les plus utiles de l'orthopédie dentaire, elle est due à un dentiste anglais Coffin. Le fil de piano doit avoir un diamètre de 5 à 6/10 de millimètre, n° 16 de la jauge d'épaisseur française. Il est assez flexible pour être courbé à la pince sans se casser, tout en gardant son ressort. Pour le travailler il ne doit pas être recuit, la longueur des parties droites est proportion-

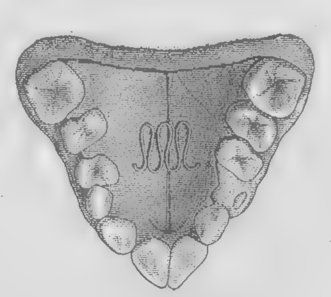


Fig. 4. — Appareil de Coffin.

nelle à l'élasticité et en raison contraire de la puissance. Comme le ressort d'acier a uneforce considérable, on fera bien de ne pas imprimer au fil des courbures trop prononcées. Le ressort, pour garder toute son énergie, doit rester plan et agir selon la direction de l'angle droit, par rapport à l'arcade.

Il peut agir sur une dent, ou sur un groupe de plusieurs. Il est la meilleure force à employer dans les cas d'atrésie du maxillaire comme celui représenté par la figure 4.

En grattant un peu les dents du modèle en plâtre au collet, il assure une fixité suffisante de l'appareil sans coiffer les molaires. La supériorité de l'appareil Coffin réside dans sa pression permanente et progressive.

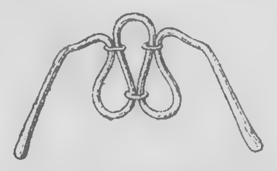


Fig. 5. — Fil de piano préparé pour l'appareil de Coffin.

Sa construction est simple. Une plaque palatine en cire est faite comme à l'ordinaire, le fil d'acier plié, contourné selon les

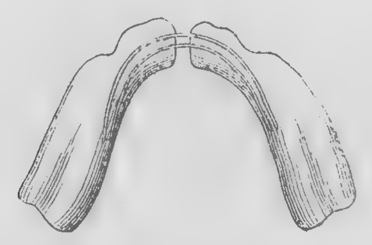


Fig. 6. — Appareil Coffin pour mâchoires inférieures.

besoins est lié avec du fil de fer afin d'empêcher son ressort, puis on fixe ses extrémités aplaties dans la cire.

L'on glisse entre la plaque et la partie contournée du fil (celle émergeant de la cire) un fragment de feuille d'étain assez épais (n° 60) dont on relève les angles de manière que le ressort et la feuille d'étain protectrice viennent avec la contre-partie du moufle. Le but de la feuille d'étain est d'assurer une surface polie aux parties placées sous le ressort.

La plaque vulcanisée et polie est essayée dans la bouche. C'est ensuite qu'on divise à la scie la plaque ; cette division peut être faite au centre ou sur l'un des côtés selon le groupe de dents à redresser.

Talbot a modifié le ressort Coffin en le contournant sur un mandrin (fig. 7) afin de lui donner plus de force. Ces ressorts se trouvent chez les fournisseurs.

Les applications du ressort de piano sont multiples et il peut se combiner de plusieurs manières; les figures en donnent une idée.

« Il est bon que le sujet s'habitue à porter la plaque durant une journée ; puis, tous les jours ou tous les deux jours, on augmente la tension des fils en écartant les deux segments de la plaque au degré voulu pour leur laisser un léger espace entre

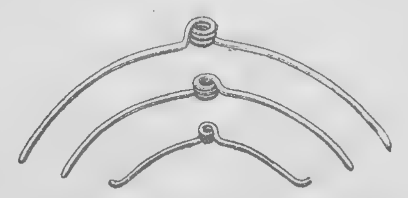


Fig. 7. — Modification Talbot du ressort de Coffin.

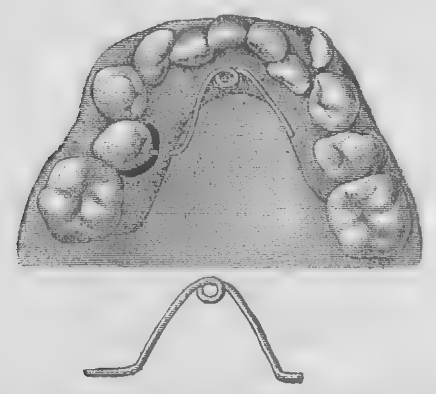


Fig. 8. — Appareil Coffin avec ressort modifié par Talbot.

eux. Il ne faut faire usage que des doigts pour écarter les deux moitiés. Car si, dans ce but, on agissait sur le fil avec des pinces, on pourrait changer les rapports des deux segments au point de détruire toute l'utilité de l'appareil. La construction de la plaque inférieure est à peu près la même, les fils doivent seulement s'y appliquer suivant une courbe lisse continue, au lieu de se replier. » Guilford, trad. *Progrès Dentaire* (1891, p. 67).

APPAREIL FRANCIS JEAN

Comme l'appareil de Coffin, il est surtout applicable pour l'élargissement de l'arcade. Il est construit de la façon suivante :

Deux tiges métalliques parallèles (demi-jonc ou carré), de 1 millimètre 1/2 d'épaisseur, introduites chacune dans un fourreau, également métallique, et accolées sur leur longueur.

A l'extrémité de chacune d'elles est soudé un crampon solide, dans le but d'avoir une fixité parfaite dans la plaque en caoutchouc.

Ce petit appareil construit représente, une fois les deux parties divisées, une tige et un fourreau fixés de chaque côté dans la plaque palatine en cire.

Le point de fixation est combiné suivant la direction du déplacement à opérer.

Si l'on veut agir sur la totalité de l'arcade, afin d'en obtenir son expansion complète, on doit couvrir la voûte palatine depuis le talon des dents antérieures jusqu'aux grosses molaires.

La dimension de la plaque de caoutchouc doit être plus restreinte, s'il ne s'agit que d'un groupe de dents : par exemple, des bicuspides d'un côté ou de l'autre ou de deux côtés simultanément. (Francis Jean, *Odontologie*, octobre 1891, p. 445.)

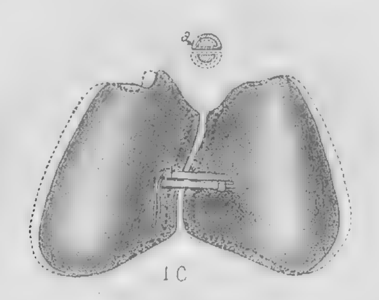


Fig. 9. — Appareil F. Jean, à section des tiges parallèles.

Les tiges métalliques sont fixées dans la cire, puis on indique par un trait léger l'endroit où la section devra être faite. La vulcanisation obtenue, on divise la plaque base et on polira comme à l'ordinaire.

Pour mettre en action l'appareil on tourne un fil de maillechort sur l'une des tiges ; cela augmente quelque peu le diamètre transversal de la plaque base et fait que les parties latérales de l'appareil pressent sur la face interne des dents, de là un écartement consécutif.

Une ou deux fois par semaine on ajoute un fil contourné comme le premier et ainsi de suite jusqu'à achèvement de l'élargissement de l'arcade.

L'avantage de ce système est dans sa simplicité et dans l'utilisation du même appareil malgré les modifications imprimées à l'arcade. Toutefois, il n'a pas l'action lente et graduelle du res-

sort de piano, et n'agit que par poussées successives, à la manière des cales. Il n'en rendra pas moins des services dans nombre de cas.

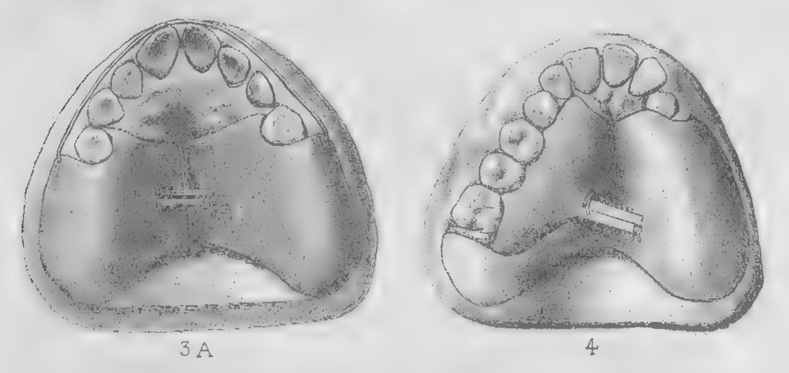


Fig. 10. — Appareil F. Jean pour combattre le prognathisme et élargir l'arcade.

Fig. 11. — Appareil F. Jean n'agissant que d'un seul côté.

APPAREILS AGISSANT PAR DES ANNEAUX ET DES FILS DE CAOUTCHOUC

Les fils de caoutchouc peuvent se combiner avec des bandes et anneaux métalliques, surtout dans les cas d'antéversion. La figure 12 illustre ce moyen de redressement.

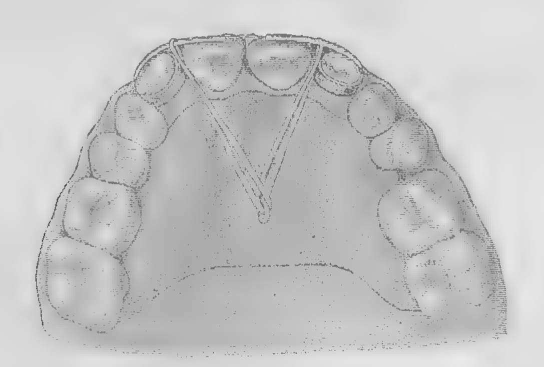


Fig. 12. — Appareil agissant par des fils de caoutchouc tirant sur des bandes et anneaux métalliques.

Farrar a combiné tout un système de redressement sur l'emploi des vis, mais ce système délicat et compliqué ne peut avoir que des applications restreintes.

La vis n'en est pas moins un des plus actifs moyens de redressement. Son inconvénient réside dans la saillie qu'elle fait sur la plaque base et dans la difficulté de la tenir propre. Par son aide on obtient un avancement rapide des dents à redresser, elle est surtout applicable dans les cas de rétroversion.

Les figures 13 montrent ses différents modes d'action. Dans la figure 13 elle agit seule tandis que dans celle qui suit elle est montée sur une plaque. On voit qu'on peut la faire servir à la correction de l'antéversion comme à celle de la rétroversion. Toutefois, comme nous l'avons dit, c'est surtout dans le second cas qu'elle sera mise à contribution.

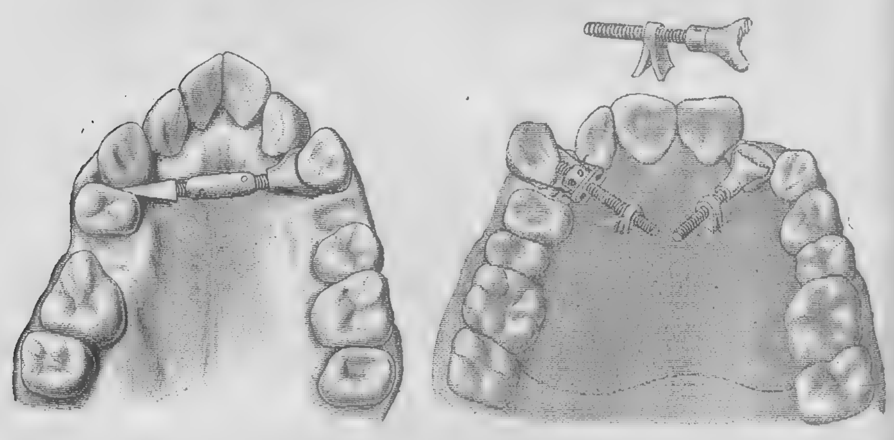


Fig. 13. — Vis de Jack employée seule.

Fig. 14. — Vis de Jack montées sur une plaque base l'une tire la canine l'autre pousse l'incisive latérale en avant.

APPAREILS A BANDE SANS PLAQUE BASE

Certains auteurs ont préconisé l'emploi des anneaux et bandes métalliques, ils sont d'application exceptionnelle. Pour les enfants dont les couronnes ne sont pas complètement sorties, l'anneau d'attache manquerait de solidité et l'action sur la dent à redresser serait insuffisante. De plus, des lésions de l'émail pourraient en résulter. Si un ou des anneaux sont employés, ils doivent s'adapter parfaitement à la couronne et ne pas laisser pénétrer entre le métal et la dent des détritus alimentaires ; enfin leur solidité doit être à l'épreuve des tractions à opérer sur la dent à redresser, tout en résistant aux efforts

masticatoires. La fixation à l'aide de l'anneau d'un ciment rendra des services.

Byrnes, qui s'est fait le promoteur de ce procédé de redresse-

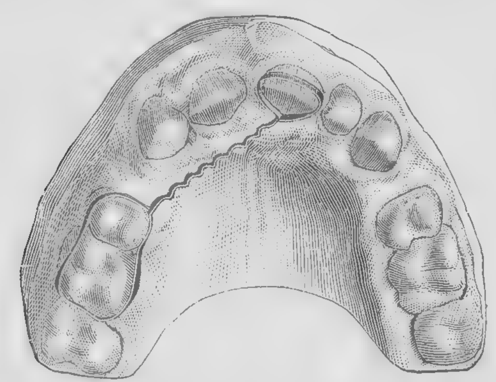


Fig. 15. — Appareil à anneaux et à bande de Byrnes.

ment, conseille d'employer de la plaque mince pour les anneaux d'attache. Le fil rond et le demi-jonc peuvent être employés exceptionnellement sur des parties restreintes, ils ne pourraient former la base de l'appareil.

Une bande de caoutchouc placée au-dessus de l'anneau métallique peut servir à la consolidation de l'anneau attache. La figure montre le placement et la forme des anneaux et du fil pour l'application de ce procédé.

APPAREILS AGISSANT PAR L'ACTION DE LA FRONDE

Kingsley a conseillé l'emploi de la fronde pour corriger le prognathisme. Il est certain qu'elle assure une grande force et qu'un point d'appui comme celui qu'offre la calotte cranienne est un énergique moyen de redressement.

Un redressement assez important pour exiger l'emploi d'un appareil aussi gênant ne sera entrepris qu'après avoir exposé aux parents ses conditions.

Dans les cas difficiles les différents modes se combinent soit sur le même appareil, soit sur un des appareils successifs.

SOINS A PRENDRE PENDANT LA PÉRIODE DE REDRESSEMENT

Le port prolongé d'un appareil de redressement donne lieu à un peu d'inflammation gingivale et à de la périostite subaiguë

des dents déplacées ; elles se combattent aisément si le sujet est soigneux et a la bouche en assez bon état. Il n'en serait pas de même s'il existait des dents cariées (première ou seconde dentition), si la santé générale est mauvaise, s'il préexiste de la gingivite, si l'on néglige les soins de propreté, commandés par la situation, alors des désordres graves se produiraient. Donc on recommandera au patient et aux parents une propreté minutieuse. Si l'appareil est porté d'une manière permanente, on fera faire quatre fois par jour des irrigations avec l'un des liquides suivants :

1°	Acide borique	40 gr.
	Eau	1.000 —
2°	Acide phénique	20 —
	Alcool	20 —
	Eau	1.000 —

Ajouter dans le verre d'eau quelques gouttes d'essence de menthe ou d'anis ou de l'élixir dentifrice.

3°	Chlorate de potasse	40 gr.
	Eau	1.000 —

Des pastilles de borate de soude ou de chlorate de potasse (sans sucre) peuvent être prises concurrement s'il y a commencement de gingivite. Si l'appareil peut être enlevé, il sera lavé dans l'une des solutions indiquées (n° 1 ou n° 2). Après chaque repas. Les dents et surtout leurs interstices seront brossés soigneusement aux mêmes heures. L'usage d'un ruban de linge ou de caoutchouc pour nettoyer les interstices sera souvent profitable. Il va de soi qu'on ne peut enfermer sous un appareil une dent cariée sans obturation préalable. Un redressement à marche trop rapide pourrait créer une périostite et même une pulpite fâcheuses ; on les combattra par les révulsifs et surtout par un affaiblissement de la tension des agents mécaniques, mais on ne suspendra le port de l'appareil qu'en cas d'inflammation grave.

Les appareils de maintien pourront être portés avec certaines intermittences, à condition que l'articulation n'ait plus d'influence opposée. Le succès dépend de l'action lente et continue autant que de la combinaison et de la construction parfaite des appareils. Une surveillance attentive de la part du praticien et des parents du patient pour consolider les résultats sont nécessaires.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TARTRE VERT[1]

Par M. Heidé, Professeur à l'École dentaire de Paris,
et M. Charpentier, élève à l'École Dentaire de Paris.

Les concrétions salivaires se composent de sels terreux et de matières organiques. Le phosphate et le carbonate de chaux, la fibrine en sont les principaux éléments, il entre également dans sa composition une petite quantité de matières grasses ; les proportions relatives de ces divers éléments varient avec la consistance du tartre et selon les individus. On observe quatre espèces principales de tartre :

1° Le tartre mou, sec, très dur, qui se dépose autour du collet des dents et n'existe jamais en grande quantité ;

2° Le tartre jaune qui adhère fortement aux dents ; il faut quelquefois de la force pour le détacher ;

3° Le tartre noir jaune clair se dépose au bord gingival, surtout à l'extérieur des dents contre les joues, ce tartre dispose à la carie les points où il se dépose. Ce n'est plus du tartre dans la véritable acception du mot, mais une bouillie infecte, un milieu fermentescible à réaction acide permanente (Viau) ;

4° Enfin le tartre vert, qui, contrairement aux autres sortes de dépôts tartriques ne vient pas des glandes salivaires, mais est produit par un parasite venu de l'extérieur, le leptothrix buccalis (Robin).

Robin, dans son livre : *Sur les parasites de l'homme*, avait rangé le leptothrix parmi les algues, mais, depuis, les bactériologistes l'ont rangé dans le groupe des *bactériacées*, ordre des *leptothrichées* caractérisées par des filaments annelés ou non.

Le leptothrix a de 0,1 à 1 m. de largeur, il se colore en bleu par l'effet de l'iode, mais est en réalité incolore par lui-même, il peut prendre diverses formes; ses filaments ont l'aspect tantôt de bâtonnets courts, tantôt de microcoques. Injecté dans la muqueuse conjonctive, il fait naître la suppuration. Il peut entrer dans le larynx, la trachée, les bronches chez les personnes qui ont une paralysie des muscles de la déglutition, chez les aliénés, dans le croup, Il peut en résulter alors une inflammation spéciale des extrémités bronchiques et une gangrène du poumon (G. Sée, *Maladies spécifiques non tuberculeuses du poumon*). On le trouve dans les crachats qui viennent d'un foyer gangréneux, dans le vagin, et mêlé à d'autres micro-organismes. Ce microorganisme se multiplie dans les parties atteintes, d'où la nécessité d'en débarrasser autant que possible l'organisme du malade.

M. Vignal a pu cultiver le leptothrix sur la gélatine peptonisée.

La présence du tartre vert sur les dents, outre son aspect disgra-

1. Voir P. Dubois.

cieux, a de fâcheux effets sur l'émail et amène facilement la carie, il importe donc d'en débarrasser les dents, mais l'on sait combien il est difficile à faire partir par les moyens ordinaires.

Nous employons pour l'enlever un procédé qui nous a donné de très bons résultats, il consiste à frotter les dents avec un mélange à parties égales de pierre ponce pulvérisée et de teinture d'iode. L'iode agit probablement là comme paratiside. Quoiqu'il en soit de son action, les résultats que nous avons obtenu par ce procédé, sont certainement supérieurs à ceux qui, auraient donnés les procédés ordinaires. L'un de nous, M. Charpentier, a pris à la clinique de l'École une série d'observations de gingivites avec tartre vert où ce mode de traitement a amené rapidement la disparition de ce parasite, notamment dans plusieurs cas où, à cause de la fragilité des dents, il n'eut pas été possible d'agir par les autres moyens mécaniques.

Dans les cas où le tartre vert se trouvait particulièrement abondant, on a dû répéter deux ou trois fois le nettoyage avec la ponce iodée pour obtenir sa disparition complète.

L'ESTAMPAGE AU MOYEN DE CHEMISES MÉTALLIQUES

Par M. I. Cecconi, D. E. D. P.

L'estampage à l'aide de chemises métalliques, employé en bijouterie, peut rendre de grands services en prothèse dentaire. C'est ce qui m'a engagé à faire connaître aux dentistes ce procédé ignoré de la plupart d'entre eux.

Lorsqu'on a à estamper une plaque sur un modèle qui présente de grandes difficultés par ses saillies ou ses anfractuosités trop accentuées, ce qui expose la plaque à se déchirer ou à avoir des plis qui nuisent à l'estampage parfait, il faut user du procédé des chemises métalliques. Pour cela il faut d'abord se procurer du cuivre rouge, préférable aux autres métaux vu sa malléabilité et son affinité avec l'or, il faut en avoir de trois épaisseurs, au trois, au six et au neuf de la filière. On commence à estamper une plaque avec le cuivre le plus épais, celui au neuf. On commence par le plus épais parce que son épaisseur lui donne plus de résistance, et que les plis de l'estampage s'y forment plus difficilement. Cette plaque une fois estampée constitue une première chemise. On estampe alors une deuxième chemise avec le cuivre au six, mais cette deuxième chemise doit

être estampée d'abord par dessus celle au neuf; puis ensuite la chemise au six est posée directement sur le zinc, on lui donne un coup d'estampage et on pose la chemise au neuf par dessus, en donnant encore un coup d'estampage au tout.

La chemise au six se trouve donc sur le zinc et celle au neuf par dessus cette dernière. Les deux premières chemises ainsi disposées, on estampe la chemise au trois en la posant sur celle au neuf puis entre la chemise au six et celle au neuf, on donne un coup d'estampage et on met alors la chemise au trois définitivement sur le zinc, on pose par dessus la chemise au six et enfin la chemise au neuf par dessus cette dernière en donnant un dernier coup d'estampage au tout.

Nous avons alors les trois chemises superposées les unes aux autres, suivant leur épaisseur : 1° la chemise au trois sur le zinc ; 2° la chemise au six sur celle au trois ; 3° la chemise au neuf par dessus cette dernière ; plus les chemises sont épaisses, plus elles doivent être éloignées du zinc.

Supposons qu'on veuille estamper une grande plaque à succion formée de deux plaques dont la plus mince au trois d'épaisseur et en or fin, je parle de l'or fin parce que quoiqu'il soit très malléable, il se déchire plus facilement que l'or à 18 carats ; en effet, essayez de déchirer à la main comme un morceau de papier une plaque d'or fin au trois vous la déchirerez très facilement, ce que vous ne pourrez pas faire avec une plaque à 18 carats à moins qu'elle ne soit recuite. On commence par estamper la plaque en or fin par dessus les chemises disposées sur le zinc comme il est dit plus haut, les chemises ont atténué toutes les saillies et anfractuosités qui primitivement étaient causes de la difficulté à l'estampage, et on peut par conséquent estamper la plaque en or fin tout en prenant néanmoins des précautions. Cette plaque estampée sur les trois chemises on la met entre la chemise au neuf et la chemise au six, ainsi placée on donne un coup d'estampage, ensuite on le place entre la chemise au trois et la chemise au six ayant soin de poser par dessus la chemise au six celle au neuf et on estampe encore, enfin on met la plaque d'or sur le zinc en plaçant par dessus toutes les chemises, toujours disposées par ordre d'épaisseur et on estampe de nouveau. Toute cette opération se fait toujours sur le même zinc on a un zinc et un plomb qui n'ont pas encore servi, et c'est avec eux qu'on donne le dernier coup d'estampage. La plaque en or fin est ainsi descendue jusqu'au zinc passant graduellement par toutes les épaisseurs des chemises sans être fatiguée sur un point plus que sur un autre, ce qui donne un estampage parfait sans avoir ni déchirures ni plis.

Pour la plaque à 18 carats on procède exactement de la même façon ; en dernier on la met sur la plaque en or fin, on donne le coup définitif sur le zinc neuf, et les deux plaques sont prêtes à être soudées ensemble.

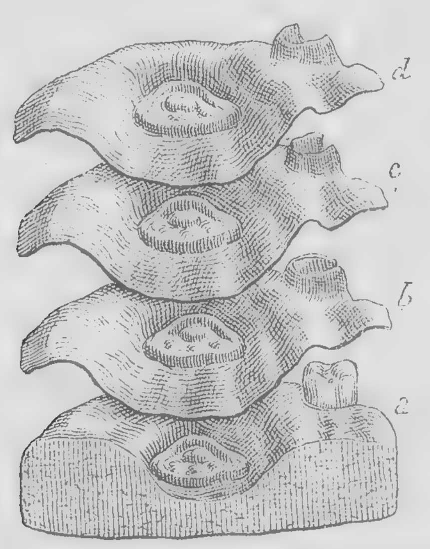


Figure montrant la superposition des chemises métalliques pour l'estampage des plaques très cintrées.

J'ai parlé de trois chemises, mais on peut augmenter ou diminuer le nombre de celles-ci, suivant la difficulté que présente la plaque à estamper.

Je recommande aussi ce procédé pour l'estampage des couronnes métalliques.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA RÉFORME DE L'ART DENTAIRE EN FRANCE

Par Ch. Godon.

La nouvelle loi. — Ses conséquences. — L'organisation de l'enseignement et des examens

La nouvelle loi sur l'exercice de la médecine a été définitivement votée par le Sénat, à la séance du 30 novembre, sans nouvelles modifications. Elle a été promulguée au *Journal Officiel* le 1er décembre 1892 [1]. Mais elle ne deviendra exécutoire que le 1er décembre 1893, en vertu de l'art. 34.

D'ici là, le Gouvernement devra, par une série de règlements, faciliter l'application de la loi nouvelle notamment en ce qui concerne les conditions d'exercice de l'art dentaire maintenant réglementé.

Il devra déterminer les études qu'il faudra faire, les examens qu'il faudra subir pour obtenir le nouveau diplôme de *chirurgien dentiste*, dorénavant nécessaire pour pratiquer légalement l'art dentaire en France.

Ces examens seront de deux sortes. Les uns, d'un caractère *transitoire*, s'appliqueront exclusivement aux dentistes qui justifiant qu'ils ont été inscrits au rôle des patentes au 1er janvier 1892 désireront obtenir le nouveau diplôme (Art. 30 et 32).

Les autres, d'un caractère *définitif*, fixeront les conditions d'études et d'examens à réclamer des futurs élèves dentistes.

La préparation de ces règlements incombe, d'après la loi, au Conseil supérieur de l'Instruction publique. Mais très probablement ce Conseil ne fera que sanctionner sans grande discussion les projets qui lui seront soumis.

En réalité, le Directeur de l'Enseignement supérieur et le Doyen de la Faculté de médecine de Paris feront ce travail, aidés très probablement d'une *commission technique*.

M. Liard et M. Brouardel connaissent très heureusement nos efforts qu'ils ont suivis avec une certaine sollicitude depuis une douzaine d'années. — Ils ont tous les deux présidé les séances de réouverture des cours de l'Ecole dentaire de Paris, et se sont, à plusieurs reprises, publiquement exprimés avec sympathie à l'égard de nos institutions.

On peut donc espérer que leur intervention sera favorable aux dentistes.

---

1. Voir la *Revue Internationale*, nº de décembre 1892, page 284.

Quant à la commission technique, tout dépendra de sa composition, que nous ne connaissons pas encore.

Nous ne cacherons pas pourtant nos appréhensions sur le sort réservé à l'autonomie dont notre profession a joui jusqu'alors et dont la défense a été un des motifs principaux de notre campagne en faveur de la liberté d'exercice.

Nous craignons fort que l'initiative et l'intervention du corps professionnel dans la direction future de l'Art dentaire ne soit totalement remplacée par celle de l'Etat et que l'influence bienfaisante de nos écoles et de nos sociétés sur la marche du progrès professionnel n'en soit atteinte.

Aussi serait-il utile qu'une discussion publique ait lieu dans les divers organes de la presse professionnelle et dans des réunions spéciales sur les différentes solutions qui vont être proposées, afin de faire ressortir les avantages et les inconvénients de chacune d'elles.

On pourrait peut-être ainsi amener un accord entre les divers groupements professionnels sur un projet unique sauvegardant autant que possible l'indépendance de l'Art dentaire français. Cela aurait encore l'avantage de déjouer les petites combinaisons personnelles qui se forment autour de l'organisation nouvelle de la profession, et les ambitions qu'éveillent la création d'un certain nombre de situations officielles.

Le Gouvernement va se trouver en présence de plusieurs projets.

Nous allons passer rapidement en revue ces diverses solutions qui ont déjà fait, du reste, l'objet de nombreux articles, rapports et brochures et sur lesquelles nous nous sommes nous-mêmes, expliqués plusieurs fois[1].

1° *L'enseignement dentaire à la faculté de médecine.*

La première des propositions qui sera examinée sera très certainement celle-ci : L'enseignement dentaire à la faculté de médecine.

Cette solution si souvent défendue par le groupe des *stomato logistes*, a au moins un avantage : celui de simplifier considérablement le travail d'organisation du nouvel enseignement.

Il suffirait en effet d'envoyer les nouveaux étudiants aux divers cours qui existent déjà pour les étudiants en médecine, en les dispensant simplement, comme on l'avait fait pour les candidats au grade d'officier de santé, de certains cours ou de certaines parties de cours jugés inutiles pour le dentiste. On

1. Voir *L'enseignement de l'art dentaire.* (Programmes, procédes et méthodes d'enseignement) par Ch. Godon, Paris 1888 et 1891. Et Loi sur l'exercice de la médecine devant la Chambre des députés, par P. Dubois.

ferait de même pour les services d'hôpitaux dont quelques-uns contiennent déjà des services dentaires.

Pour compléter cet enseignement au point de vue spécial, on réclamerait la création d'une chaire nouvelle de stomatologie ou d'odontologie.

Un crédit assez important serait nécessaire pour cette création, si la chaire nouvelle était créée dans les quatre facultés de médecine et dans les dix-huit écoles de plein exercice.

Quant à l'étude pratique de la prothèse, elle se ferait par l'apprentissage chez le dentiste avant ou pendant la durée des études.

Il est inutile d'insister beaucoup pour montrer l'insuffisance d'une semblable combinaison au point de vue des études dentaires.

Une chaire d'odontologie et un service d'hôpital pour remplacer les nombreux cours théoriques et pratiques des écoles dentaires, on comprend combien ce serait insuffisant. Les dentistes ainsi formés seraient peut-être de meilleurs médecins que leurs prédécesseurs, mais sûrement des praticiens plus médiocres, ce qui, au point de vue de la concurrence étrangère, est à considérer.

2° *L'enseignement à l'Ecole dentaire.*

Le principe de l'Ecole spéciale pour l'organisation de l'enseignement du dentiste est celui qui a été adopté par la plupart des pays où l'art dentaire est sérieusement organisé.

C'est le système le plus rationnel ; il a pour lui une expérience de douze ans en France et l'exemple des pays étrangers où l'art dentaire est le plus florissant, les Etats-Unis, l'Angleterre, la Suisse, l'Allemagne, etc. Il soulève aussi quelques difficultés.

Si le gouvernement se décidait pour l'organisation d'écoles dentaires officielles, il serait obligé d'en créer au moins quatre, une à Paris, une à Nancy, à Montpellier et à Lille, sinon au siège de toutes les académies.

Il y aurait à cette création deux difficultés : la 1re d'ordre budgétaire. L'Ecole dentaire de Paris a un budget annuel de près de cinquante mille francs et la plupart des postes sont gratuits. Il faudrait cent mille francs par an à l'Etat pour faire fonctionner un semblable établissement soit quatre cent mille pour les quatre écoles. Le Parlement accorderait-il ce crédit?

La 2e difficulté serait relative au recrutement immédiat du personnel enseignant suffisant en nombre et en garanties.

Si le gouvernement se décidait à ne créer qu'une seule école dentaire à Paris, les difficultés au point de vue des dépenses et

du recrutement du personnel seraient moindres Mais alors les jeunes étudiants dentistes de la province seraient obligés de venir à Paris faire leurs études. Ce qui rendrait ces mêmes études plus coûteuses que celles qu'ils pourraient faire pour les autres professions libérales de médecin, d'avocat, etc.

Le Gouvernement pourrait se dispenser de créer lui même une école en rattachant à l'enseignement supérieur officiel l'une ou l'autre, ou les deux écoles dentaires libres qui existent à Paris.

Il suffirait de leur accorder une subvention et de les placer sous la direction ou la surveillance d'un fonctionnaire officiel, professeur ou inspecteur délégué.

Cette solution est évidemment celle qui sourit le plus aux dentistes membres de nos deux écoles, celle sur laquelle leurs nouveaux administrateurs ont fondé tant d'espérances.

Ce serait la juste récompence de l'initiative et des efforts des dentistes depuis douze ans.

Pour le gouvernement, cette combinaison serait peu coûteuse et d'exécution immédiate.

Mais elle rencontrera une vive opposition de la part des stomatologistes dont l'influence s'en trouverait atteinte, à moins que ceux-ci ne créent une troisième école, comme on nous le disait récemment

Puis il resterait toujours la province à pourvoir.

Une 3e solution consisterait en un enseignement mixte, donné pour les parties scientifiques et médicales dans les Ecoles de médecine et pour la partie technique dans les écoles dentaires, comme cela se passe en Angleterre

C'est la solution qui semblait, il y a quelques années, être envisagé le plus favorablement par la direction de l'enseignement supérieur. Elle permet d'utiliser, en vue de l'enseignement nouveau, tout ce qui existe, les cours aux écoles de médecine pour l'enseignement scientifique et médical ; pour l'enseignement spécial, les cliniques des hôpitaux et des écoles dentaires existantes ; quant à la province, partout où l'enseignement spécial ne serait pas organisé et en attendant son organisation, il pourrait être suppléé par l'enseignement dans les écoles de médecine, dans des cliniques d'hôpital ou chez le dentiste.

4° *Enseignement libre de l'art dentaire. Simple Jury d'examen.*

En présence des difficultés de toutes sortes que soulève l'organisation de l'enseignement dentaire, une solution très simple adoptée en Belgique et en plusieurs autres pays consisterait, pour le gouvernement à déterminer :

1° Les conditions d'inscription (âge, études préliminaires, etc.) pour le candidat au diplôme de chirurgien dentiste;

2° Le programme des examens à subir avec indication de stage dans une école ou clinique dentaire ou chez un dentiste;

3° La nomination d'un simple jury d'examen qui pourrait être unique pour toute la France, le jury devant se transporter dans chaque siège d'académie à des dates déterminées ou un jury par chaque siège d'académie.

Le gouvernement se bornerait à subventionner les écoles qui lui paraîtraient mériter cette faveur. La question d'enseignement resterait entière, et le gouvernement attendrait pour créer un enseignement dentaire officiel que la nécessité en soit démontrée et qu'un personnel suffisant soit formé.

Cette solution d'organisation très facile, n'exigeant aucun crédit nouveau, est celle qui sera certainement appliquée pour les dentistes bénéficiant des dispositions transitoires qui désireront obtenir le diplôme nouveau (art. 30).

Pour ceux-ci, il n'y aura aucune condition d'études préliminaires ou techniques. La loi les ayant admis par disposition, transitoires à la pratique légale par simple inscription à la patente de 1892, on ne pourra les interroger à l'examen qu'on leur fera subir pour obtenir le nouveau diplôme de chirurgien dentiste que sur les matières dont ils n'auraient pas le droit de faire usage avec le simple titre de *dentiste autorisé*, c'est-à-dire l'anesthésie et les agents anesthésiques. (art. 32.)

Ainsi donc quatre solutions :

1° L'étudiant dentiste à la Faculté de médecine (assimilation de l'étudiant dentiste à l'étudiant en médecine) comme en Autriche ou en Italie ;

2° L'étudiant dentiste à l'Ecole dentaire (enseignement spécial) comme aux Etats-Unis;

3° L'étudiant dentiste à la Faculté de médecine, à l'Hôpital et à l'Ecole dentaire (enseignement mixte), comme en Angleterre ;

4° L'enseignement libre avec le Jury d'examen d'Etat, comme en Belgique, en Espagne, etc.

L'adoption de l'une ou de l'autre de ces solutions entraîne avec elle toute une organisation particulière de la profession. Quelques questions d'ordre secondaire restent à examiner.

1° Quelles sont *les études préliminaires* à exiger du futur candidat; le baccalauréat ès-sciences restreint, le certificat d'études secondaires exigé pour les candidats au diplôme d'officier de santé ou de pharmacien de 2e classe ou le certificat d'études primaires. Le premier sera considéré comme trop complet, peut être le second également ; le troisième, comme insuffisant. Dans

ces conditions le gouvernement pourrait être amené à créer un examen spécial intermédiaire comme celui exigé à l'entrée des écoles dentaires actuelles;

2° Le *programme des études* proprement dit variera suivant la solution adoptée; le seul dont nous puissions souhaiter l'adoption est évidemment celui de l'École dentaire de Paris. Il en est de même du *programme des examens.*

3° *L'enseignement pratique de la prothèse* exige une mention spéciale; son organisation sera une difficulté. Le gouvernement sera probablement obligé d'admettre, quelque soit la solution adoptée, comme en Angleterre et comme en France, pour la pharmacie, un stage chez le dentiste ou apprentissage dont la durée devrait être de trois ans au minimum;

4° Le *Jury d'examen.* — La composition du jury ou des jurys d'examen aura, on le comprend bien, une importance capitale au point de vue du développement et des progrès de l'art dentaire dans notre pays.

Nous pensons que tous nos confrères devront unir leurs efforts pour faire entrer dans ces commissions des dentistes en nombre suffisant.

Les résultats que donne une loi dépendent le plus souvent de certaines conditions d'application. Les jurys d'examen sont, dans la plupart des états des États-Unis nommés entièrement ou à peu près par les sociétés dentaires. Celles-ci ont ainsi conservé une influence prépondérante sur la composition des programmes et la direction des études.

S'il n'est pas possible d'obtenir en France une organisation aussi libérale ce qu'il faut regretter, il serait souhaitable au moins que quelques membres seulement soient nommés directement par le Gouvernement, et les autres après présentation des groupements professionnels.

Le même procédé devrait également être appliqué pour la nomination de la commission technique qui va élaborer tous ces règlements.

Comme on peut le juger par cette étude un peu sommaire, les futurs règlements auront une très grande importance et des conséquences multiples sur la composition du personnel professionnel et l'avenir de l'Art dentaire français.

Les différents groupes qui se disputent la direction de notre profession vont se retrouver en présence chacun avec leur solution comme avant le vote de loi.

Les dentistes d'origine médicale vont tout tenter pour annuler ou restreindre dans l'organisation nouvelle, le rôle des écoles dentaires en faveur de la Faculté de médecine. Cela leur sera

d'autant plus facile qu'ils seront en majorité sinon en totalité dans la commission technique et dans les jurys d'examen.

Nous ne saurions donc trop faire appel à la vigilance des dentistes. Il faut que leurs mandataires, les administrateurs actuels des deux sociétés et des deux écoles, obtiennent d'avoir quelques représentants, le directeur et l'un des professeurs des écoles parmi les membres de la future commission et du nouveau jury d'examen.

Il faut enfin qu'ils y présentent un projet d'organisation ayant l'approbation des dentistes. Les intérêts des deux écoles sont actuellement semblables. Leurs programmes sont à peu près identiques. Il y a là un terrain d'entente que l'on a vainement cherché à un autre moment. Que leurs administrateurs unissent leurs efforts pour sauvegarder leur mutuelle indépendance, leur existence même. Ils seront approuvés et suivis par la majorité des dentistes français.

SOCIÉTÉS ODONTOLOGIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 8 novembre 1892.

PRÉSENTATION DE DAVIERS

M. Poinsot. — Présente des daviers construits par M. Colin qui offrent cette particularité d'avoir leurs deux branches réunies par un système analogue à celui employé pour les ciseaux et les pinces hémostatiques et permettant le lavage et l'antiseptie faciles de l'instrument.

Pour séparer les deux branches il suffit de les placer transversalement.

M. Deschaux. — N'est-il pas à craindre que ces daviers se démanchent lorsque l'on veut saisir la dent.

M. Poinsot. — C'est impossible, l'écartement des mors est plus que suffisant.

M. Deschaux. — Le démontage facile de ces daviers permet de se servir de chaque branche séparément comme élévateur. J'ai employé ce moyen et je le préfère aux élévateurs ordinaires.

FRACTURE COMPLIQUÉE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

M. Martinier. — Présente un malade qui atteint d'une fracture compliquée du maxillaire inférieur a été traité par lui.

M. Poinsot. — Ce cas prouve une fois de plus les services que nous pouvons rendre dans les hôpitaux. J'ai, pour ma part, traité plusieurs fractures du maxillaire inférieur dans le service de Maisonneuve à l'Hôtel-Dieu.

Une fois je subis un échec, la consolidation ne s'opéra pas mais j'avais affaire à un syphilitique. Chez un autre malade chez qui les molaires supérieures manquaient je dus refaire les molaires manquantes pour rétablir l'antagonisme des maxillaires, 5 ou 6 jours après la pose de l'appareil le cal était suffisamment formé. Dans un cas qui s'est présenté à l'Ecole j'ai fait un appareil comme celui de M. Martinier.

M. Viau. — J'ai suivi toutes les phases du traitement qui étaient difficile dans ce cas. La consolidation et l'articulation sont parfaites.

M. Gillard. — M. Martinier recommande l'aluminium pour l'appareil ; à mon avis ce métal est absolument contre-indiqué car son altération est très grande en présence du pus qui le détériore fortement.

M. Martinier. — M. Dubois a fabriqué il y a trois ans un appareil en aluminium qui a donné un bon résultat et n'a subi aucune altération.

Le mien a séjourné un mois et demi dans la bouche et il est en parfait état.

M. Viau. — J'ai renoncé à l'aluminium à cause de son défaut de solidité mais je n'ai pas constaté d'altération dans les bouches où il y a du pus.

M. Lecaudey. — J'ai renoncé à l'emploi de l'aluminium à cause de son oxydation dans certaines bouches.

M. Poinsot. — Le plus ou moins d'acidité de la salive joue probablement un certain rôle.

DE L'INFLUENCE DE LA MENSTRUATION SUR LES ACCIDENTS D'ORIGINE DENTAIRE

M. Sauvez. — On connaît l'influence exercée par la grossesse sur les dents et particulièrement sur les gencives. La menstruation elle aussi exerce une influence non seulement sur les gencives mais aussi sur la pulpe et le périoste.

Ce qui a appelé mon attention sur ce point ce fut une fluxion survenue chez une jeune femme enceinte de deux mois après ouverture d'un 4e degré et application d'un pansement peu serré. Pour expliquer ce fait qui me surprit beaucoup, n'ayant rien à me reprocher dans mon mode opératoire, je pensais que la pléthore sanguine existant pendant la grossesse pouvait être incriminée.

Cette augmentation de la masse sanguine existant pendant la période menstruelle comme elle existe pendant la grossesse, j'en conclus que ce qui m'était arrivé pouvait également s'observer à la période menstruelle. C'est ce qu'un grand nombre de cas m'a permis d'observer et je crois pouvoir émettre ce principe, qu'au

moment de la période menstruelle la femme est sujette autant que pendant la grossesse aux affections des dents, principalement aux affections causées par la congestion de la pulpe ou du périoste.

Ces accidents s'observent surtout au début de la période menstruelle, cela s'explique justement par la pléthore sanguine existant à ce moment et cette pléthore sanguine se faisant sentir en un point de moindre résistance, comme une dent atteinte de carie du 3e ou du 4e degré, détermine une pulpite ou une périostite par afflux du sang et compression consécutive.

Ces considérations indiquent que l'on doit traiter avec beaucoup de ménagement les caries du 3e et 4e degré chez les femmes à l'époque menstruelle comme pendant la grossesse.

M. Frey. — Les accidents dont on vient de nous entretenir sont analogues aux érysipèles à répétition et aux angines coïncidant avec les périodes menstruelles.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 6 *décembre* 1892.

DU BROMURE D'ÉTHYLE ET DE SES APPLICATIONS

M. Léger-Dorez lit un petit travail sur ce sujet, il fera à l'Ecole des démonstrations pratiques.

NÉCROSE DU MAXILLAIRE

M. Franchette donne lecture d'une observation recueillie à l'hôpital Trousseau. Un enfant de 7 ans s'est présenté à la consultation de l'hôpital avec une nécrose de la table externe du maxillaire inférieur s'étendant de la 1re molaire temporaire à la 1re molaire permanente, cette nécrose était due à la carie de la 2e molaire temporaire. M. Broca enleva la dent malade et réséqua à la pince et à la curette la partie nécrosée du maxillaire.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE LA GRANDE-BRETAGNE

Séance du 7 *décembre* 1892.

Présidence de M. Howard Mummery.

M. Lloyd Williams présente des anomalies.

M. Storer Benett lit une communication : « Quelques moyens mécaniques de rétention des appareils. »

Il dit que le but de ses expériences depuis quelque temps était de produire des anneaux bandes à charnières, par lesquels les dents pouvaient être entourées et serrées sans gêne dans leurs parties étroites, la rétention étant facilitée par la partie saillante de la couronne ; il prétend que par ses changements dans la construction ordinaire on peut obtenir une adaption plus parfaite et parfois une réduction de l'étendue de la pièce.

Il y a deux sortes de bandes, la première s'ajuste elle-même de la même manière que le mousqueton des chaînes de montres ; l'autre est une modification de la fermeture ordinaire des broches.

Puis il décrit minutieusement le mode de construction de sa charnière et de ses crochets articulés.

Ensuite, M. Storer Benett parle des cas où il ne manque qu'une ou deux dents d'un seul côté de la bouche, l'espace qui en résulte est cunéiforme, cela est dû à l'inclinaison des dents voisines de celles disparues. On traite généralement ces cas en insérant une plaque qui couvre une grande partie de la bouche afin d'obtenir un appui sûr et l'adhérence.

Une plaque aussi grande est pour le patient, une source d'ennuis telle que, parfois, son usage est abandonné.

On admettra que si l'on peut faire de plus petites plaques qui remplissent le but comme solidité, facilité d'insertion et de déplacement, les dents et le patient s'en trouveront mieux.

Par l'emploi des crochets à verrou M. Benett prétend que ces cas deviennent aisés. Une plaque pas plus grande que l'espace, mais remplissant parfaitement, a des bandes ordinaires ajoutées à la surface linguale de la dent devant et derrière le vide à combler. Deux bandes à verrou sont alors adaptées aux surfaces labiales de ces dents, de telle manière que quand elles sont ouvertes elles ne sont pas plus larges que l'espace vide. Cette plaque, quand elle est placée dans la bouche avec les bandes ouvertes, peut être placée en queue d'aronde dans n'importe quelle position en poussant extérieurement de la surface linguale à la surface labiale ; on fixe en fermant les bandes la partie saillante des couronnes empêchant le déplacement par en haut.

Des fois, au lieu d'une dent du fond, c'est une dent de devant qui manque, laissant le même espace cunéiforme avec la base vers la gencive. Dans un pareil cas, une dent peut être fixée à une petite plaque au moyen d'une fermeture de bouche, en sorte que la dent peut être mise en position en la retournant complètement.

Pendant un temps M. Benett avait espéré tirer partie de l'alliage connu comme acier nickelé, c'est-à-dire du nickel et de l'acier mêlés de manière à éviter que l'acier ne se rouille tout en conservant son élasticité, mais il est tellement difficile d'en mettre assez pour empêcher la rouille, sans le priver en même temps de son élasticité, que cela a été un insuccès.

On emploie de l'or à 15 carats pour les ressorts à boudin, et ce que les bijoutiers appellent 12 carats pâle pour les bandes.

Le Président félicite l'auteur de la communication, M. Benett

s'est montré très ingénieux dans la fabrication de ses bandes et de ses anneaux.

M. Henri Weiss demande s'il n'y a pas probabilité d'une accumulation de tartre qui entraverait l'action du ressort.

M. T. S. Carter, de Leeds, demande si les patients trouvent des difficultés pour ouvrir les ressorts et aussi comment M. Benett a pu augmenter la force des ressorts, quelques patients les voulant légers, d'autres fermes?

M. David Hepburn dit que si la communication n'était pas suivie d'une discussion animée il espérait que M. Benett ne penserait pas que cela provenait de son peu d'intérêt.

Il la trouve pour sa part du plus grand intérêt, mais il n'est pas facile de se former un jugement après une simple audition; afin de pouvoir discuter la méthode avec avantage il est nécessaire d'examiner soigneusement les spécimens.

La seule chose qui l'a frappé sur le moment se rapporte aux dents à charnières, il lui semble que dans certains cas cela gênerait l'articulation, surtout les articulations basses.

M. F. J. Benett, ayant eu l'occasion d'examiner les spécimens de temps en temps, était convaincu qu'il y a beaucoup de difficulté à comprendre le procédé après une description aussi rapide mais qu'en examinant les spécimens complets cela deviendrait clair et aisé. Pour les ressorts, il pense qu'ils sont aussi faciles à employer là qu'aux autres appareils.

M. J. Lloyd-Williams pense qu'on doit remercier M. Benett d'avoir essayé de vaincre ces difficultés. Il doute qu'il réussisse entièrement, mais il pense qu'avec le temps M. Benett pourrait faire des appareils d'un caractère plus simple. Il y a là une difficulté, c'est l'ajustement des crochets, quand le crochet est en place il laisserait nécessairement un espace entre lui et la dent où se logerait la nourriture, il trouve cela une grande difficulté.

Si M. Benett pouvait perfectionner de manière à obvier à ces inconvénients le procédé serait d'une grande valeur.

M. J. H. Badcock désirerait demander à M. Benett avec quoi il fait les tiges. Si c'est avec de l'or, elles doivent vite s'user ; une autre objection c'est que les bandes doivent occasionner des caries, la meilleure place lui semblerait être à la partie de la dent où l'émail est le plus épais.

M. Storer Benett répond à la remarque de M. Weiss, que le tartre peut être facilement dissous par une solution d'acide chlorhydrique. Quant aux bandes se couvrant de tartre, il pense qu'il y aurait de grandes facilités de nettoyage.

M. Carter demande si les patients trouvent des difficultés en ouvrant les bandes, jusque-là il n'a rencontré aucun patient qui ait ressenti cette difficulté. Au point de vue de la force du ressort, elle pourrait être ajustée à n'importe quel point au moment de la fabrication de la pièce en mettant un ressort plus ou moins long, ou un fil de grosseur différente.

Quant au ressort à verrou, il se compose d'un petit morceau d'or

plat de l'épaisseur voulue. S'il faut absolument varier la force du ressort, on peut le faire en enlevant la cheville qui traverse la jointure. M. Hepburn fait remarquer que ces plaques peuvent empêcher l'articulation. M. Benett ne prétend pas qu'on puisse les employer dans tous les cas, il y en a où ils pourraient rendre des services, mais il n'a jamais dit que ce moyen était d'application universelle. C'est pour gêner le moins possible l'articulation qu'il insiste pour que les goupilles soient le plus près possible de la surface de la dent.

En réponse à M. Lloyd-Williams pour l'espace entre les crochets, il lui demandera s'il a vu une bande ordinaire et un crochet ordinaire laisser de l'espace. M. Badcock demande si les chevilles sont en or; tout ce qui concerne l'appareil est en or excepté la base qui, pour le modèle désigné, est en maillechort. Comme il était destiné au Musée on a trouvé inutile de faire la dépense de l'or, mais dans les cas ordinaires l'or seul est employé.

Il trouve que la meilleure position pour placer cette bande ne doit pas être discutée dans cette réunion.

Avant de conclure, il fait remarquer que l'original des différentes pièces du mécanisme ont été construites dans son atelier et ensuite par un bijoutier.

PATHOLOGIE DENTAIRE ET BUCCALE

Par Maurice Roy.

I. Sinus maxillaires anormaux. — II. Des plaques muqueuses de la bouche. — III. Etiologie de la leucoplasie buccale. — IV. Empoisonnement par un mélange odontalgique. — V. De la nature du muguet. — VI. Action de la salive sur les microbes de la bouche. — VII. Actinomycose du maxillaire. — Epithélioma du maxillaire supérieur. — IX. Anesthésie locale.

I. — Sinus maxillaires anormaux

M. Moure a signalé, à la Société d'Anatomie et de Physiologie normales et pathologiques de Bordeaux, quelques particularités anatomiques intéressantes qu'il a observées sur des préparations faites par lui.

Il a présenté un sinus maxillaire divisé en deux cavités, par une cloison horizontale ; la cavité supérieure était plus petite que l'inférieure mais toutes deux s'ouvraient dans le méat moyen.

Sur une autre préparation le sinus avait le volume « d'une graine de raisin aplatie » et dont la paroi inférieure était séparée des racines des molaires par une paroi osseuse de plus de trois centimètres. Il

a indiqué dans ce cas particulier la difficulté de pratiquer le cathétérisme qui, même sur le cadavre, était à peu près impossible.

Au sujet des déviations du septum nasal dont la pathogénie est obscure, M. Moure ne serait pas éloigné d'adopter l'opinion de M. Potiquet qui attribue un certain rôle à la seconde dentition comme cause de ces déviations qui, en effet, commencent à apparaître à sept ans, coïncidant ainsi avec le début de la seconde dentition.

II. — Des plaques muqueuses de la bouche

La *Médecine moderne* publie une leçon de M. le professeur Fournier sur les plaques muqueuses buccales, dont l'étude présente une grande importance « tant à cause de leur fréquence qu'à cause du danger de transmission qu'elles présentent ». Les plaques muqueuses sont en effet *une source fréquente de contamination*, c'est par elles que sont produits un grand nombre de chancres extra-génitaux, soit par contact immédiat, soit par contact médiat.

Ce sont des manifestations de la période secondaire de la syphilis, elles peuvent apparaître tardivement cependant chez certains sujets, la 4e, la 5e et même la 8e année.

Dans la syphilis héréditaire, les plaques muqueuses peuvent coïncider avec des accidents tertiaires, là l'ordre d'évolution de la maladie n'est plus suivi.

« La 1re cause nécessaire, c'est bien entendu la syphilis : mais il y a des causes qui servent d'appel. Ce sont : 1° l'*alcoolisme*; 2° le *mauvais état de la bouche*; 3° et surtout le *tabac*.

» Toutes les poussées de la bouche peuvent être atteintes. Mais il y a trois points d'élection : 1° la région amygdalienne; 2° la langue; 3° les lèvres.

» Symptomatologie : Les plaques muqueuses se présentent à la bouche avec les mêmes caractères que sur tous les autres points du corps. On reconnaîtra donc 4 types : 1° type érosif; 2° type papulo-érosif; 3° type papulo-hypertrophique; 4° type ulcéreux. Ces 4 types sont loin d'être également fréquents. Le type érosif est 19 fois plus commun que les autres.

Qu'est-ce qu'une plaque muqueuse? Représentez-vous un tout petit vésicatoire. C'est simplement une petite érosion à fleur de derme, une abrasion épithéliale. Comme dimension, la plus fréquente est celle d'une lentille, d'un petit haricot. Comme forme, elle est ronde, parfois ovalaire ou allongée. Comme couleur. c'est celle d'un vésicatoire, celle du derme dénudé. Le fond est lisse, quelquefois un peu grenu, et il n'y a pas d'induration à sa base. Telle est la plaque muqueuse *érosive*. Dans le type *papulo-érosif*, il y a un peu d'élévation : la plaque est un peu exhaussée. Cet exhaussement peut être méthodique, en forme de verre de montre, et l'ensemble prend l'aspect d'une petite pastille, d'où le nom de *forme pastillaire*. La plaque *papulo-hypertrophique* est une exagération de la précédente. Amplifiée, elle présente des bosselures : on la trouve surtout

sur la langue,à laquelle elle donne l'aspect d'un dos de crapaud.Enfin la forme *ulcéreuse* est une entamure des téguments sans aucun caractère spécial. »

Les plaques muqueuses varient comme nombre et comme étendue, mais ce qui est plus variable c'est la couleur.

« Nous avons dit que la couleur la plus fréquente est le rouge, couleur du derme dénudé. Mais on observe des plaques rosées, rose grisâtre (rose atone). Au contraire,il y en a de rouge cramoisi : c'est ce qu'on rencontre chez les fumeurs. A côté de cela, on rencontre des colorations blanchâtres ou véritablement blanches. Du rose grisâtre au blanc de porcelaine, on passe par toutes les teintes. Aussi les compare-t-on dans les observations à une goutte de collodion desséché, au lait, à la couleur du squirrhe, à celle de l'angine pultacée, et, chose très importante, *à la couleur des fausses membranes de la diphtérie*, d'où le nom de plaques diphtéroïdes de la syphilis.

» On rencontre parfois ces plaques blanchâtres sur les lèvres, sur la langue, mais bien plus souvent au *niveau de l'isthme du gosier et sur les amygdales*. Dans ce dernier cas,et si concurremment il existe des *ganglions engorgés*, on a absolument l'image de la diphtérie et une erreur est possible. »

Dans certains cas même le diagnostic ne pourra être établi qu'à l'aide de l'examen bactériologique.

III. — Etiologie de la leucoplasie buccale

Le *Bulletin Médical* publie,d'après le *München med. Woch.*,la note suivante sur la pathogénie de la leucoplasie buccale.Cette statistique est intéressante car elle porte relativement sur un grand nombre de cas et les chiffres paraissent assez concluants.

« M. W. Erb (d'Heidelberg) a observé 240 cas de leucoplasie buccale, dont deux seulement chez des femmes. La syphilis a été observée dans 80 0/0 des cas (les deux femmes étaient syphilitiques). De ces 240 malades atteints de leucoplasie, 148 seulement ont été interrogés au point de vue de l'usage du tabac, et voici le résultat des investigations portant sur les deux facteurs étiologiques : syphilis et tabac :

Syphilis seule............	36 cas
Tabac seul..............	37 —
Syphilis et tabac.........	64 —
Ni syphilis ni tabac.....	11 —
Total.	148 cas

» Les conclusions de M. Erb sont les suivantes :

» 1° L'usage du tabac seul et la syphilis seule peuvent causer la leucoplasie buccale, et, à peu près, avec la même fréquence ;

» 2° Le plus grand nombre des cas résulte de la combinaison de ces deux facteurs étiologiques ;

» 3° Les plaques de leucoplasie se rencontrent rarement en l'absence de l'une de ces deux causes, et elles résultent alors d'une cause d'irritation jusqu'ici méconnue ;

» 4° Le tabac ne cause guère, à lui seul, la leucoplasie buccale que lorsqu'il est fumé sous forme de cigares nombreux et forts ; un usage modéré de tabac n'a pas les mêmes conséquences ;

» 5° Mais, chez un syphilitique, un usage très restreint de tabac suffit à éveiller cette lésion buccale. »

IV. — EMPOISONNEMENT PAR UN MÉLANGE ODONTALGIQUE

La *Gazette Médicale* de Paris reproduit, d'après les *Annali di chimica e farmacologia*, l'observation d'un empoisonnement survenu chez une jeune fille après l'emploi d'un mélange odontalgique vendu dans les pharmacies de Milan sous le nom d'*algoutin* ; c'est un mélange d'acide phénique et de chloroforme. La jeune fille fut apportée à l'hôpital dans un état semi-comateux, différents groupes musculaires et principalement les muscles des mâchoires passaient par des alternatives de relâchement et de contracture, elle avait de la mydriase et pas de réflexe cornéen. On lui administra un vomitif et des excitants et elle se rétablit promptement.

V. — DE LA NATURE DU MUGUET

Les études de Achalme, sur le muguet sont la réfutation des idées émises par Robin qui étaient classiques jusqu'à présent. La *Gazette des Hôpitaux* résume les conclusions de l'auteur

Robin considérait le parasite du muguet comme un mycélium, c'est inexact car il ne se reproduit pas par sporulation mais par bourgeonnement.

Pour lui l'acidité du milieu était une condition nécessaire au développement du muguet, mais cette acidité n'est que le résultat de la fermentation lactique et le muguet se développe très bien dans un milieu alcalin.

Le parasite peut pénétrer dans les vaisseaux et atteindre divers organes, les reins par exemple.

Des données qui précèdent on voit que la médication alcaline n'est pas rationnelle et ne peut être efficace il faut s'adresser aux antiseptiques en solution faible.

C'est sans doute comme antiseptique léger qu'agissait le borate de soude, alcalin généralement employé dans le traitement de cette affection.

VI. — ACTION DE LA SALIVE SUR LES MICROBES DE LA BOUCHE

La *Revue scientifique* résume d'après le *Centralblat für Baltériologie* les recherches de M. Sanarelli sur l'action exercée par la salive sur les microbes, les microbes pathogènes en particulier.

La salive serait douée de propriétés bactéricides, elle détruirait les microbes quand ils ne sont pas trop nombreux et même quand ils peuvent s'y développer ils subissent une modification qui a pour résultat de les rendre plus ou moins complètement inactifs.

« L'action microbicide de la salive constatée par l'auteur expliquerait peut-être la rareté relative d'une infection de la muqueuse buccale, qui, sans cela, semblerait devoir survenir plus fréquemment, étant donnée la fréquence des microorganismes pathogènes dans la cavité buccale.

» Seuls, le bacille diphtéritique et le pneumocoque paraissent doués d'une assez grande résistance à l'égard de l'action de la salive. Le premier n'est tué qu'après un séjour de 28 à 40 jours dans la salive, et le pneumocoque s'y développe même très bien ; toutefois, sa virulence s'y perd bientôt.

» Il eût été intéressant de rechercher si dans le cours de certaines maladies, les variations de la composition chimique de la salive, par exemple, celles de son acalinité, n'avaient pas quelque influence sur la rapidité et sur le degré de l'atténuation des microbes, car il paraît démontré que, dans de certaines conditions individuelles, sous de certaines influences nerveuses ou autres, les microbes de la bouche récupèrent leur activité et deviennent le point de départ d'auto-infections secondaires, du genre de celles que l'on observe pendant les épidémies de grippe. »

VII. — ACTINOMYCOSE DU MAXILLAIRE

On a présenté dernièrement à la Société des sciences médicales de Lyon une malade du service de M. Poncet atteinte d'actinomycose du maxillaire avec diffusion du côté de la fosse temporale. C'est une lésion dentaire qui paraît avoir été la porte d'entrée de l'affection, mais quant à la cause de l'infection il n'a pas été possible de la trouver. Les vétérinaires de Lyon n'ont signalé aucun cas d'actinomycose dans le bétail de la région.

VIII. — ÉPITHÉLIOMA DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

Nous trouvons dans la *Gazette des hôpitaux de Toulouse* l'observation du malade pour lequel MM. Beltrami firent un appareil prothétique dont la description a été donnée dernièrement. (Voir *Revue Internationale d'Odontologie* 1892, p. 217.) Il agissait d'un épithélioma tubulé du maxillaire supérieur droit ayant eu son point de départ sur l'apophyse alvéolaire et ayant envahi secondairement la voûte palatine, la paroi interne du sinus et la paroi interne de la narine droite.

IX. — ANESTHÉSIE LOCALE

M. Schleich emploie l'anesthésie cocaïnique pour un grand nombre d'opérations. Son procédé, qui présente quelques particularités, a été exposé à la société de médecine de Berlin nous en trouvons le détail dans les *Archives générales de médecine*. L'auteur emploie une solution de 0,02 centigrammes de cocaïne pour 100 grammes d'eau, il injecte cette solution sous la peau et fait l'incision en faisant pulvériser de l'éther à l'aide du pulvérisateur

Richardson ; la dose maxima qu'il a employée pour une opération a été de 0.04 centigrammes de cocaïne, il a continué alors avec une solution de caféïne à 2 0/0 qui a, paraît-il, un pouvoir anesthésique suffisant.

M. Schleich a pu pratiquer ainsi, 3 laparatomies, des kélotomies, des amputations de doigt, etc.

REVUE DE L'ÉTRANGER

DE L'ÉLECTRICITÉ EN THÉRAPEUTIQUE DENTAIRE

Par John-S. Marshall

(Travail lu à l'Association américaine.)

L'électrothérapie a pris un développement considérable en médecine et en chirurgie ; elle est devenue, on doit le reconnaître, un élément des plus importants dans le traitement de certaines formes pathologiques, tandis qu'elle a reçu peu d'attention en chirurgie dentaire. Elle est pour ainsi dire une quantité négative dans cette spécialité.

Son application ici n'offre pas un champ très étendu ; cependant, une étude de sa valeur comme agent thérapeutique ne saurait être moins intéressante que dans les autres branches médicales, et quand elle sera mieux comprise elle constituera, sans aucun doute, une ressource précieuse à ajouter aux moyens dont nous disposons pour le traitement de bon nombre de maladies buccales.

J'ai choisi, comme objet spécial de mon travail, parmi plusieurs lésions importantes, deux conditions pathologiques des dents auxquelles le traitement électrique peut s'appliquer avec avantage. Ce qui a déterminé mon choix, c'est le désir de présenter deux variétés morbides où cet avantage puisse se démontrer le plus aisément et avec le plus de certitude.

Loin de moi l'idée d'épuiser la question. Je me contenterai de vous l'esquisser, en laissant à votre bon sens et à votre expérience le soin des détails.

L'hyperémie et la congestion de la pulpe à la suite de la carie, de choc thermique, d'irritants chimiques et mécaniques, de lésions traumatiques, etc., se traduisant par de l'odontalgie, sont parmi les plus communes des conditions morbides de la cavité buccale et sont souvent des plus rebelles à nos modes habituels de traitement, quand on veut conserver la pulpe. J'en dirai autant de l'hyperémie et de la congestion de la membrane péridentaire résultant, soit de causes constitutionnelles comme le rhumatisme, la goutte et la grossesse,

soit de causes locales comme l'action exagérée du maillet et des autres instruments dans l'obturation, le changement de position des dents dans les redressements et d'autres lésions chirurgicales ou traumatiques, qui donnent lieu à de vives souffrances.

Ce sont ces formes morbides qui serviront le mieux à notre dessein de démontrer la valeur thérapeutique des courants continus dans notre spécialité.

Quel est le but du traitement dans la première catégorie de ces variétés pathologiques ? C'est de diminuer la congestion des vaisseaux sanguins et de préserver la vitalité de la pulpe; et dans la deuxième ? C'est d'arrêter les symptômes inflammatoires avant la période suppurative ou avant la production des néoplasmes.

Tel est le but, mais le moyen de l'atteindre est bien difficile à réaliser; et, sans avoir la prétention d'avoir fait une découverte, je crois être sûr que le courant galvanique, judicieusement appliqué, constituera une ressource précieuse pour le traitement de certaines formes d'inflammation de la pulpe et du périoste, ainsi que d'autres conditions pathologiques que l'expérience fera connaître.

Un fait généralement connu des médecins électriciens, c'est que l'hyperémie et l'anémie locales peuvent se produire à volonté sous l'influence des courants continus, suivant leur direction, et que la résorption des produits inflammatoires et des néoplasmes peut être favorisée par le galvanisme, grâce à son effet stimulant sur les organes absorbants.

C'est la connaissance de ces faits qui m'a conduit à rechercher la valeur de l'électricité dans le traitement des états congestifs de la pulpe dentaire et de la membrane péridentaire.

Le premier cas qui fit l'objet de mes recherches se rencontra en ma propre personne ; j'avais une dent, la première bicuspide supérieure droite, qu'on m'avait aurifiée à l'âge de vingt ans, mais il fallut refaire l'opération plusieurs fois jusqu'à trente-quatre ans. Il y a une dizaine d'années, la dernière de ces obturations tomba en laissant une grande cavité disto-proximale et la pulpe presque à nu. La dent étant extrêmement sensible aux moindres changements de température, et au contact des acides ou des choses sucrées, on l'obtura avec le plombage de Hill. Quatre ans plus tard, cette substance fut retirée dans l'espoir de la remplacer par de l'or ; mais l'organe était tellement sensible que cette substitution n'eût pas été sage ; on recourut donc à l'oxyphosphate. La nuit suivante, apparurent des signes manifestes de congestion de la pulpe. Au matin on enleva l'oxyphosphate et, après avoir pansé la cavité avec de l'essence de girofle, et l'avoir badigeonnée avec une solution de gutta chloroformique de gutta-percha, on refit le même plombage. Mais les symptômes, loin de s'apaiser, ayant redoublé peu à peu d'intensité, je me décidai à essayer l'effet déplétif du courant galvanique positif, avec l'aide de mon ami le Dr Justin Hayes, de Chicago.

L'électrode positive appliquée sur la dent, et la négative sur le côté correspondant du cou, on régla l'intensité du courant de façon

à ce que je pusse le supporter pendant environ une demi-heure que dura la séance. Au bout de dix minutes, l'amélioration était déjà fort notable et vers la fin de cette séance toute gêne avait disparu. Je souffris un peu la nuit suivante ; mais une seconde séance d'environ vingt minutes me soulagea complètement, et depuis lors la guérison a été définitive. Il y a trois mois, la dent fut aurifiée par le Dr Roscoe-F. Ludwig, au congrès médical international de Washington. La pulpe a conservé sa vitalité sans être plus susceptible aux influences irritantes que celle de n'importe quelle autre dent de ma bouche.

Ce succès remarquable me conduisit à adopter le même traitement dans plusieurs cas semblables, et je n'ai eu qu'à m'en féliciter, sauf dans le cas suivant, où on ne l'essaya qu'en désespoir de cause :

Miss J. L., vingt ans, jeune fille délicate et frêle, avait eu à subir, un an auparavant, le redressement des dents antérieures du haut qui faisaient saillie en avant. L'opération avait été conduite lentement et avec grand soin pour éviter une irritation sérieuse des tissus dentaires et du bord alvéolaire, et les plaques de rétention avaient dû être portées pendant environ six mois. On découvrit alors une légère altération de couleur près de la gencive de la centrale supérieure droite. La patiente vint en grande hâte s'enquérir de la signification de ce symptôme. La dent n'était pas douloureuse, ni sensible à la percussion ; elle l'était un peu à la chaleur et au froid, mais elle l'était moins que les dents adjacentes. Mon diagnostic fut : ou congestion passive de la pulpe, due à l'irritation du redressement, ou formation d'une embolie dans les vaisseaux pulpaires. Comme il n'y avait pas d'espoir de conserver la vitalité de la pulpe par les moyens ordinaires, je conseillai l'électricité, avec l'aide du Dr Plyman Hayes, de Chicago. Le pôle positif étant appliqué sur les dents voisines, la malade ne put supporter qu'une intensité de trois quarts de milliampère, tandis que l'organe altéré permit l'application d'un courant d'une intensité double. On fit des séances journalières de vingt minutes pendant une semaine ; pendant les trois premiers jours, le passage du courant amena une légère augmentation de la sensibilité, ce qui fit réduire l'intensité à un milliampère. Puis, la sensation sembla diminuer graduellement, le courant étant porté à trois milliampères sans réponse désagréable. On renonça donc au traitement, pour procéder à l'enlèvement de la pulpe et traiter le cas suivant les méthodes ordinaires.

Dans le traitement de la péricémentite, ne résultant pas d'un empoisonnement septique à la suite de la mortification de la pulpe, le courant continu est souvent des plus avantageux. Il faut alors appliquer le pôle positif sur la gencive répondant aux racines de la dent affectée ; un soulagement notable se produit, dans bien des cas, en quelques minutes et la guérison a lieu après trois ou quatre opérations.

Dans un autre travail, j'ai appelé l'attention sur l'odontalgie qui accompagne fréquemment la grossesse, comme conséquence de

l'obstacle au cours du sang dans les extrémités inférieures, qui entraîne l'hyperémie générale de la moitié supérieure du corps. Au repos dans la position couchée et aux calmants, que l'on conseille généralement en pareil cas, je recommanderais d'ajouter l'électrisation positive des dents affectées.

En ce qui concerne l'intensité du courant à mettre en œuvre, l'expérience prouve qu'il suffit de trois quarts à un milliampère et demi dans les cas ci-dessus mentionnés ; quant à la fréquence des séances, elle dépendra de la gravité des symptômes locaux et de la susceptibilité nerveuse du sujet.

En thèse générale, une séance par vingt-quatre heures est tout ce qu'il faut ; dans les cas graves, deux et parfois trois peuvent être utiles, la durée de chacune allant de quinze à trente minutes.

Comme moyen de diagnostic dans les cas obscurs de vitalité ou de mortification de la pulpe dentaire, je ne connais rien de plus sûr que les courants électriques, à la fois galvaniques et faradiques. Ces derniers sont mêmes supérieurs, car ils éveillent instantanément la sensibilité de la pulpe pourvue de la moindre vitalité. Ce moyen de diagnostic vaut encore mieux que l'éclairage intra-buccal.

Les courants électriques servent aussi à indiquer l'existence de ces légères pulpites, qui sont souvent la cause de diverses formes névralgiques de la tête et de la face. Le faradisme particulièrement révèle alors une sensibilité exagérée de la pulpe dentaire. Pour localiser l'organe malade, il est nécessaire d'appliquer le courant successivement sur chaque dent ; les dents saines supporteront un courant plus fort ; il faut donc employer le milliampèremètre pour mesurer exactement l'intensité.

Il y aurait encore à parler de la valeur du courant dans le traitement des névralgies, des paralysies, de l'atrophie musculaire, de l'induration chronique, des tumeurs et de diverses autres conditions pathologiques ; mais je ne dois pas dépasser les limites que je me suis imposées.

(*Dental Rewiew* et *Progrès Dentaire.*)

EMPLOIS DIVERS DE L'OXYSULFATE DE ZINC

Par M. D. Miller, de Berlin.

Je trouve que l'oxysulfate de zinc est un produit qu'on devrait employer plus fréquemment.

Je m'en sers souvent et pour des usages variés dans mon cabinet et je pense que quelques lignes sur sa supériorité pour certains cas pourraient rendre service aux lecteurs du *Dominion Dental Journal.*

La préparation dont je me sers est connue sous le nom de dentine artificielle de Fletcher. D'autres produits analogues ont été introduits à Berlin. Je ne connais pas les produits américains.

Celui que j'emploie consiste en une poudre d'oxyde de zinc, d'un blanc jaunâtre et d'un liquide opaque et sirupeux dont je ne puis donner exactement la composition.

Le fabricant m'a dit que « la dentine artificielle est un oxysulfate

du même genre que les oxychlorures, l'acide chlorydrique est remplacé dans la composition qui forme sa base par l'acide sulfurique et c'est, en réalité, un produit à base de sulfate de zinc avec une petite proportion d'oxyde libre.

Quand on en fait un mélange assez épais il durcit rapidement, de fait, aussitôt dans la cavité il est assez dur pour être poli.

On peut, selon ses besoins, le faire moins compact et le temps pour qu'il durcisse dépend de son degré d'épaisseur.

Comme toutes les préparations de ce genre, sa qualité s'altère rapidement si la moindre impureté s'y mêle, ou si les flacons ne sont pas bien bouchés.

Quand il est tout à fait pris il n'a pas tout à fait la dureté du plâtre de Paris, mais il est plus souple.

Dans les endroits où la mastication ne l'atteint pas, je l'ai vu durer jusqu'à deux ans, quoique je ne l'emploie et ne le recommande que pour les besoins temporaires.

Il est pratiquement non irritant, une parcelle de la matière préparée, placée sur la langue, produit à peu près la sensation d'une solution d'acide phénique à 1/2 0/0.

Je m'en sers chez moi et à l'Institut dentaire de l'Université.

1. Pour coiffer les pulpes exposées. Quand la pulpe est prête à être coiffée, je mélange une petite quantité du ciment à consistance telle que, quand on le prend sur la pointe d'un excavateur, il ne coule pas, mais soit pourtant assez liquide pour former une petite goutte.

Si une goutte de ciment de cette consistance, un peu plus grosse qu'une tête d'épingle, est mise sur le point exposé elle s'étend sur la surface de la pulpe, s'adaptant parfaitement aux irrégularités et formant une surface protectrice bien plus parfaite que celles obtenues par l'amiante, le papier, la gutta-percha et toutes les autres matières qui ne peuvent être appliquées dans un état de semi-fluidité; de plus, ce qui est de plus grande importance, c'est qu'on peut l'employer sans aucune pression.

Ceux qui, pour certains cas, préfèrent un coiffage antiseptique, peuvent aisément produire l'action désirée en incorporant l'antiseptique dans la matière obturatrice, il y a pourtant quelques substances qui l'empêchent de durcir.

Aussitôt que le coiffage est durci, ce qui demande à peu près deux minutes (davantage si le ciment est plus liquide) on peut achever l'obturation.

Si c'est un cas douteux, je termine l'opération avec l'*oxysulfate* et j'attends trois ou quatre semaines. Si la pulpe est saine et exposée depuis peu j'achève avec l'*oxyphosphate*.

Si j'ai toute raison d'espérer un succès complet, je place une couche d'oxyphosphate sur le coiffage d'oxysulfate et je fais, de suite, une obturation permanente.

Le mode d'emploi qui accompagne ce produit me paraît erroné. Ma manière de m'en servir donnera, j'en suis sûr, de meilleurs résultats.

2. Dans les opérations de perforation ou pour enlever les obturations dures des dents affectées de périostite, l'oxysulfate m'a rendu les plus grands services.

Nous savons combien il est pénible, sinon insupportable pour le patient et fatiguant pour l'opérateur, de donner des soins à une dent si sensible que le moindre choc provoque une douleur intolérable, et pourtant on peut rendre cette opération presque et même tout à fait indolore.

Séchez la dent malade, ainsi que ses voisines de chaque côté, avec du papier buvard, mélangez alors une grande quantité de l'oxysulfate, disons la moitié d'un dé à coudre, étalez avec une large spatule sur la surface linguale ainsi que sur la surface labiale des trois dents, en appuyant un peu de façon à faire entrer entre les dents. En une ou deux minutes cela durcit suffisamment pour fixer la dent d'une manière inamovible entre les dents avoisinantes.

L'aise avec lequel l'opération de la désobturation se fait ensuite surprend également le patient et l'opérateur.

Dans ces cas, prendre du plâtre de Paris au lieu d'oxysulfate.

3. Pour les aurifications on peut employer indifféremment le plâtre de Paris ou l'oysulfate pour fixer les dents ébranlées.

4. J'emploie, quelque fois, l'oxysulfate pour repousser les gencives de la marge cervicale des cavités, surtout dans les cavités cunéiformes où on ne peut faire tenir le coton. Séchez parfaitement la cavité et remplissez-la de ciment assez épais, quand cela commence à durcir appuyez dessus avec un tampon de coton. Le ciment s'étale et repousse la gencive au bord de la cavité.

5. Pour faire entrer les applications de n'importe quelle nature, sur du coton, j'ai trouvé l'oxysulfate bien supérieur à la gutta-percha.

Quand j'ai à faire un pansement sur une pulpe enflammée, à stériliser une cavité, désinfecter un canal, dévitaliser une pulpe ou atténuer la sensibilité de la dentine, je couvre presque toujours d'une couche d'oxysulfate. Il est très difficile de recouvrir un tampon de coton, saturé de liquide, avec de la gutta-percha surtout dans une cavité profonde, mais avec l'oxysulfate on y arrive facilement.

L'expérience nécessaire pour la manipulation de cette matière s'acquiert mieux en faisant quelques obturations hors de la bouche.

C'est surtout en faisant des applications d'arsenic sur la pulpe que la manière de les introduire a de grands avantages; comme cela permet d'obtenir le contact incessant d'un anesthésique sur la pulpe et cela évite la pression qui est fréquemment une source de grande douleur après ces applications.

6. J'emploie, de temps en temps, l'oxysulfate pour fixer provisoirement les coiffes métalliques. Je l'emploie aussi pour sceller temporairement les dents à pivots.

Bref, tous ceux qui emploieront cette matière se demanderont comment ils ont pu s'en passer jusqu'à présent.

(*The Dominion Dental Journal.*)

CORRESPONDANCE

« 2 janvier 1893.

» Cher ami,

» Puisqu'il est devenu de règle à l'*Odontologie* de lancer des attaques personnelles et de refuser régulièrement toute réponse à ces attaques, nous vous demandons d'user de la publicité de notre journal pour insérer la lettre suivante.

» Les confrères de bonne foi jugeront.

» Agréez, etc.

« G. Blocman, Ch. Godon. »

« A Monsieur le Secrétaire de la Rédaction du Journal l'*Odontologie*.

» Le journal l'*Odontologie*, dans son n° de novembre, page 534, reproduit un article paru dans le *Petit Journal* du 13 novembre et le fait suivre de réflexions désobligeantes à notre adresse.

» Si l'auteur de ces réflexions voulait blâmer les quelques lignes que le *Petit Journal* a cru devoir nous consacrer pour regretter nos dissensions professionnelles, notre absence et celle de nos amis à la dernière séance de réouverture des cours de l'Ecole Dentaire de Paris, il n'avait qu'à adresser ses critiques au..... *Petit Journal*.

» Dans tous les cas, il aurait dû s'abstenir d'une insinuation perfide tendant à faire croire à ses lecteurs que c'est nous qui, dans un but de vulgaire réclame, avons fait ajouter dans cet article nos noms à ceux de MM. Lecaudey, Isch-Wall et Tusseau.

» C'est une calomnie à laquelle nous opposons le démenti le plus formel. Nous sommes absolument étrangers à la rédaction de cet article, nous ne l'avons ni inspiré, ni demandé, ni connu avant sa publication — nous n'en avons été informés que le dimanche, lorsque le journal a été publié.

» Nous comptons, Monsieur le secrétaire de la rédaction, sur votre loyauté pour insérer cette rectification dans le plus prochain numéro de l'*Odontologie* et nous vous prions de recevoir l'assurance de nos sentiments confraternels.

« G. Blocman, Ch. Godon. »

10 décembre 1892.

« Paris, le 30 décembre 1892.

» Monsieur le Rédacteur en chef de la *Revue Internationale d'Odontologie*.

» Vous avez publié, dans votre numéro de décembre 1892, une lettre de M. Vasège, qui, sous prétexte de réclamer la priorité de l'invention d'un modèle de cautère, a surpris votre bonne foi, pour faire insérer gratuitement une réclame assez bien dissimulée. Cette

lettre contient plusieurs inexactitudes que je vais vous signaler.

» 1° M. Vasège s'étonne aujourd'hui de trouver dans le *Progrès Dentaire* d'octobre 1891 (que je lui ai communiqué moi-même il y a un an) la reproduction textuelle d'une circulaire dont il a eu des centaines d'exemplaires entre les mains, et à l'impression de laquelle il s'est occupé ! Nous avons été ensemble chez son dessinateur pour en faire les clichés. On ne s'explique pas son étonnement ;

» 2° Je n'ai jamais vendu des cautères avant juillet 1891 ;

» 3° M. Vasège n'a pas fait un seul cautère pour moi. Il n'a jamais fait autre chose que des manches de carburateurs, d'après mes modifications ;

» 4° M. Vasège a présenté il y a 4 ou 5 mois, chez tous les fournisseurs pour dentistes, son appareil à un prix bien inférieur au mien. Si le « cautère Paulme » était identique au sien, comme il le prétend, nul doute qu'il n'eût obtenu la préférence pour son appareil ;

» 5° Quant à la priorité de l'invention, je ne me la suis jamais attribuée. Quand j'ai présenté le cautère à la Société d'Odontologie, j'ai cité tous les noms de ceux qui y avaient apporté des perfectionnements : MM. Heidé, Barbe, Vasège, etc. (Voir *Odontologie*, janvier 1892. Dernier numéro publié sous la direction de M. Dubois.)

» J'ai même adressé le compte-rendu à M. Vasège, mais il a si peu de mémoire !

» Je lui en adresserais bien un autre, malheureusement ce numéro de janvier est paraît-il complètement épuisé.

» Une dernière réflexion. Il est d'usage, quand quelqu'un est visé par un article de journal, de lui en envoyer un exemplaire pour lui permettre de se justifier. On a omis de le faire pour moi et sans un confrère charitable je n'aurais pas eu connaissance de la lettre de M. Vasège.

» Comptant sur votre impartialité pour l'insertion de ma réponse, je vous prie d'agréer, Monsieur le rédacteur en chef, mes sincères salutations.

» L. Paulme. »

On voit que notre honoré confrère a raison de compter sur notre impartialité. Le refus d'insertion de la rectification de M. Ronnet, pour laquelle il a dû intenter une action judiciaire ; la lettre de MM. Blocman et Godon insérée ci-dessus montre qu'on ne nous accorde pas ce qu'on réclame de nous. Il existe un cours de Déontologie à l'Ecole dentaire de Paris, il serait, croyons-nous, nécessaire que son distingué titulaire voulut bien faire pour les membres du conseil de Direction une leçon spéciale sur les égards entre confrères et sur le droit de réponse.

Nous ne nous serions pas cru autorisés vis-à-vis de M. Paulme à être charitables sans quoi nous lui aurions offert notre numéro de décembre.

Nous apprenons, à la dernière heure, que le tribunal jugeant correctionnellement sur le refus d'insertion de la rectification de

M. Bonnet vient de condamner par défaut M. Lowenthal gérant de l'*Odontologie* à 50 francs d'amende et à 25 francs de dommages et intérêts.

Erratum. — Une erreur de mise en page a été commise dans l'article de M. Paul Guye sur le 18e Congrès de la Société Dentaire Américaine d'Europe. Le dernier paragraphe de la page 279 et les deux premiers paragraphes de la page 280, donnant des détails sur la manipulation des ciments, doivent être reportés après le dernier paragraphe de la page 278.

NOUVELLES

Le bureau de la Société d'Odontologie de Paris est ainsi constitué pour 1893. Président, M. Viau ; vice-président, MM. Tusseau et Francis-Jean ; secrétaire général, M. Martinier ; secrétaires des séances, MM. Frey et Saurez.

La Société de stomatologie de Paris vient de renouveler son bureau pour 18 3. Ont été nommés : Président, M. Magitot ; vice-président, M. Cruet ; secrétaire général, M. Th. Thomas ; secrétaires annuels, MM. Jarre et Bouvet ; trésorier, M. Chabry.

Nous venons de recevoir le premier numéro d'un nouveau journal dentaire édité à Chicago par Louis Ottofy. Il parait toutes les semaines La compétence de M. Ottofy qui est un des meilleurs parmi les dentistes écrivains des Etats-Unis garantit le succès de cette nouvelle publication.

Le major Breton qui tua notre confrère M. Génisset vient d'être mis en liberté, après une captivité de moins de deux ans. Les têtes de dentistes ne coûtent pas cher.

UN VOLEUR CHEZ LES DENTISTES

Depuis quelque temps un individu âgé, bien mis, chapeau haut de forme, un lorgnon en or, se présentait chez nos confrères à une heure où il supposait se trouver seul, et sous le prétexte de faire faire de suite une pièce pour son épouse qui, disait-il, devait partir le lendemain pour Bruxelles. Si la personne qui le recevait s'éloignait ou avait l'attention détournée il s'emparait des objets les plus divers qui lui tombaient sous la main. Il y a quelque temps, il se présentait le matin chez M. Léger, boulevard de Clichy, et, pendant le temps que, sur sa demande, M. Léger était allé lui chercher une carte « pour pouvoir envoyer sa dame » s'il n'avait pas le temps de l'accompagner, il prit une glace et une paire de ciseaux, malheureusement pour lui notre confrère le surveillait, et ayant vu le manège du monsieur il le laissa partir, et, avec un tact à rendre jaloux les

subordonnés de M. Lozé, il se mit à filer son homme qui se rendit d'abord chez M. Löwenthal, et de là prit la rue des Martyrs, avisant alors un sergent de ville, il le fit arrêter, il fut trouvé porteur des objets soustraits ainsi que d'une somme de cent quatre-vingt francs. Se voyant pincé, il offrit une somme à M. Léger pour retirer sa plainte, inutile de dire que celui-ci refusa.

Le 30 novembre il se voyait infliger 2 mois de prison par la 9e Chambre, le plus curieux de l'affaire c'est que le sieur A. D. tenait une comptabilité en règle de ses vols, et inscrivait le produit en langue portugaise et leur valeur approximative.

Cette liste est entre les mains de notre collègue Bazerque, 14, rue Hermel, ainsi qu'une partie des objets volés.

(Avis aux volés.)

F. B.

LUXE MATÉRIEL ET BONNE ÉDUCATION

Nous empruntons au journal Items of Interest *une nouvelle et les curieuses réflexions suivantes sur la tenue des écoles américaines.*

Le Collège de chirurgie dentaire de Pensylvania vient de faire l'acquisition d'une belle propriété mesurant plus de 7.000 mètres carrés et se propose d'y faire construire le collège le plus confortable qui jusqu'à présent ait été consacré à l'art dentaire.

Si ce collège doit inaugurer une nouvelle discipline sociale et morale parmi les élèves, il fera œuvre utile.

Il y a plusieurs années que nous ne l'avons visité.

Les classes des collèges où on fume, chique et crache, sont pleines de fumier, de crachats et des détritus de cette abominable plante, le tabac.

Comme de raison, cette sale habitude relâche les mœurs et on devient vulgaire et on parle argot.

J'ai entendu plus d'un jeune homme dire qu'il avait été de bonnes manières jusqu'au jour de son entrée au collège. Quelle honte pour nos Ecoles !

Que ces jeunes gens comprennent les obligations d'un homme bien élevé, et qu'il aient des aspirations plus hautes.

Comment pouvons-nous demander des habitudes de propreté, s'il n'y a pas de collèges propres. Peut-être en existe-t-il un que mes propos n'atteignent pas ; s'il en est ainsi nous serions heureux de l'apprendre.

L'EXPLOITATION DES MÉDECINS

Sous ce titre la *Pratique Médicale* publie un article suscité par un vote de l'Association syndicale des médecins de la Seine, protestant contre les abus des policliniques, dispensaires et hôpitaux.

« Des deux rapports deposés sur le bureau syndical par les
» Drs Fissiaux et de Beurmann, il résulte que des individus, à qui
» leur situation de fortune permettrait de payer le médecin et le
» pharmacien, se font traiter et médicamenter gratuitement dans
» les hôpitaux ou les policliniques. »

La *France médicale* revient sur cette même question et le Dr Chevallereau s'exprime ainsi :

« La vérité est que les abus dont on se plaint et dont nous avons entretenu nos lecteurs n'ont pas été exagérés dans les rapports de MM. de Beurmann et Fissiaux. Croire que des personnes aisées n'oseront pas aller s'asseoir dans une salle d'attente de consultation d'hôpital auprès de véritables pauvres, c'est connaître bien peu la nature humaine. Ces personnes feraient bien autre chose pour avoir une consultation d'un médecin connu et surtout pour l'avoir gratuitement. Si elles ont quelque pudeur, elles s'habilleront moins bien qu'elles ne le font d'ordinaire, pour ne pas attirer les regards. Si cette pudeur leur manque et si leur mise montre nettement qu'elles n'ont pas le droit de partager le bien des pauvres, trouverez-vous un garçon de consultation pour les prier de s'adresser ailleurs ?

» Certainement non et bien au contraire, ces malades passeront et ils passeront plus vite que les autres, parce qu'ils donneront au garçon un pourboire que les pauvres diables ne peuvent lui donner. Ce fait est de l'observation de chaque jour et il se voit surtout dans les hôpitaux spéciaux, hôpitaux d'enfants, Saint-Louis, Quinze-Vingts, etc. Pour ne parler que de la consultation, il y a donc là un abus véritable et très répandu. Les résultats sont, d'une part, de surcharger outre mesure les consultations hospitalières et de prendre aux médecins un temps qui devrait être uniquement consacré aux pauvres, d'autre part d'enlever aux médecins de la ville, qui ne font généralement point fortune, une partie de leur clientèle.

» Y aurait-il un moyen d'éviter cet abus? Assurément : ce serait d'exiger de tout malade qui vient demander une consultation dans un hôpital une pièce quelconque montrant qu'il est réellement indigent ou nécessiteux et qu'il ne peut subvenir aux frais de son traitement. Il n'y aurait là rien d'inhumain, car il serait toujours facile de faire une exception pour les malades demandant des soins immédiats. On pourrait objecter, d'autre part, que les pauvres honteux auraient peine à se soumettre à cette mesure ; c'est vrai, mais la question des pauvres honteux est l'une des plus intéressantes et des plus difficiles de l'Assistance publique et ce n'est pas sans raison que les 2e et 3e sections du Conseil supérieur de l'Assistance publique, actuellement réunies, s'occupent des moyens de la résoudre. »

« Mon Dieu, nous dit le Dr Hudelo, les faits que vous me signalez sont malheureusement exacts. Il y a des gens aisés et même des gens riches qui viennent nous trouver ici et qui se font délivrer gratuitement des médicaments. Beaucoup de dames surtout. Elles sollicitent de préférence des « bons de bains ». Et peut-être est-ce une manie chez elles d'aimer à frauder le médecin, comme on fraude l'octroi, comme on fraude les grands magasins ? C'est une manière de kleptomanie très curieuse et assez répandue. D'autre part, il est bien difficile et nous serions souvent bien injustes, s'il nous fallait juger les gens sur leur mise. Les cliniques gratuites sont ouvertes à tous les maux, à toutes les infortunes, et la misère en

habit noir n'est pas la moins lamentable. Pour que les pauvres vraiment intéressants ne soient pas frustrés dans les hôpitaux, il y aurait peut-être un moyen, mais ce n'est pas à nous de le chercher. »

Quiconque souffre et s'adresse au médecin a droit à ses soins désintéressés. Nous sommes là pour venir en aide à l'humanité.

A la clinique du Dr Péan.

C'est là surtout qu'il y a foule.

L'illustre chirurgien opère tous les samedis. « La veille nous dit un de ses élèves, arrivent de tous les quartiers de Paris des gens qui se font inscrire sollicitant le cours du maître. Si M. Péan ne les opère pas lui-même, les malades demandent leur exeat, et on ne les revoit plus.

Mêmes renseignements à la clinique de l'éminent professeur Ducastel :

— Là, c'est un acteur très connu et c'est une étoile de l'Opéra-Comique — nous en tairons le nom — qui ont, pendant longtemps, obtenu des soins et une médicamentation gratuits.

(*La Pratique médicale.*)

PUBLICATIONS REÇUES

Le Progrès Dentaire.
Revue Odontologique.
L'Art Dentaire.
Le Progrès Médical.
La Gazette des Hôpitaux de Toulouse.
Le Bulletin Médical.
Les Connaissances Médicales.
La Pratique Médicale.
Le Journal d'Hygiène.
L'Union Médicale.
Archives de Pharmacie.
Revue et Archives suisses d'Odontologie.
Annales de la Société d'Odontologie de la Habana.
The Dental Cosmos.
Items of Interest.
La Odontologia de Cadix.
The Journal of the British.
Dental Association.
The Dental Tribunal.
Le Monde Dentaire.
Revue de Médecine Dentaire.
The Dental Review.
Ohio State Journal of Dental Science.
The British Journal of Dental Science.
The Dental Record.
The Dental Advertiser.
The Archives of Dentistry.
The International Dental Journal.
Correspondenzblatt für Zahnärzte.
Journal für Zahnheilkunde.
Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde.
Zahntechnische Reform.
Skandinavish Tidschrift for Tandlaeger.
Monatsschrift des Vereins Deutcher Zahnkünstler.
Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde.
L'Odontologia.
Zahnartzlische Bundschan.
Revue de Polytechnique Médicale.

Le gérant : P. Dubois.

Châteauroux. — Typ. et Stéréotyp. A MAJESTÉ.

VOL. 2. FÉVRIER 1893 N° 2

REVUE INTERNATIONALE
D'ODONTOLOGIE

MORT DU DOCTEUR THOMAS

Le docteur Louis Thomas, le doyen des professeurs de l'Ecole Dentaire de Paris, est mort subitement le dimanche 5 février 1893, à l'âge de 47 ans.

Profondément affligés de sa perte prématurée, nous qui étions tous ses amis nous nous souvenons, en cette triste circonstance, de ses grandes qualités et des immenses services qu'il a rendus à l'Ecole Dentaire de Paris et à notre profession.

C'est lui qui, le premier, est venu donner à notre première école dentaire française, comme représentant du corps médical, le baptême scientifique, par son discours à la 1re séance d'inauguration le 19 décembre 1880.

Depuis cette époque, il n'a cessé d'apporter à l'œuvre de réforme de l'Art dentaire français, à laquelle il s'était si vivement intéressé, la collaboration la plus constante et la plus dévouée.

Pendant ces treize années, il a été pour tous les membres de nos sociétés, pour tous nos élèves un conseiller et un guide aussi dévoué que désintéressé, comme professeur, comme membre du Conseil de direction, comme administrateur prodiguant à tous son temps, son travail et son vaste savoir, devenant même pour quelques-uns un véritable père intellectuel.

Nous l'avons si souvent trouvé à nos côtés pour nous encourager, défendant les mêmes idées, combattant pour la même cause, qu'il nous est facile d'oublier les quelques heures où nous avons paru être en désaccord.

Nous l'étions bien peu, du reste, comme le sayent tous ceux qui le connaissaient intimement.

En venant se placer entre les combattants, dans nos dernières luttes professionnelles, en demandant même à se charger de la pénible tâche de frapper sur quelques-uns de ses amis, il n'avait voulu qu'atténuer la violence des coups qui leur seraient portés ; il voulait rendre ainsi moins profondes, dans le présent, des divisions qu'on n'avait pu éviter, afin que, dans l'avenir, toute réconciliation ne devînt pas impossible.

C'était bien plutôt le rôle d'un arbitre conciliateur qu'il désirait remplir que celui d'un adversaire ou d'un juge.

Mais il avait conscience qu'il n'aurait pas rempli toute sa tâche tant que la division subsisterait.

Au moment où la mort est venue le frapper, il se préparait à faire à l'occasion de son rapport sur sa visite aux écoles dentaires anglaises, dans une séance de la Société d'Odontologie à laquelle il nous avait prié d'assister, un appel à ces sentiments de concorde qui ont fait pendant si longtemps le succès de nos institutions professionnelles.

Il est, hélas! une union qu'il ne pouvait prévoir et qu'il a pourtant réalisée : c'est celle qui s'est faite spontanément à la nouvelle de sa mort, et qui a réuni, confondus autour de son cercueil, tous les dentistes, ses amis, sans distinction de groupe ou de parti, pour rendre un dernier et douloureux hommage à cet homme de bien, à ce savant modeste qui a une première place parmi les bienfaiteurs de notre école et de nos sociétés professionnelles.

Paris, le 8 février 1893.

G. Blocman, R. Chauvin, P. Dubois, Ch. Godon, R. Heidé, A. Ronnet,
Professeurs à l'Ecole Dentaire de Paris.

E. Papot,
Professeur suppléant à l'Ecole Dentaire de Paris.

Prével, Maurice Roy.
Chefs de Clinique à l'Ecole Dentaire de Paris.

TRAVAUX ORIGINAUX

DES INJECTIONS TROPACOCAINIQUES COMME ANESTHÉSIQUE LOCAL EN CHIRURGIE BUCCALE

Par M. le Dr Hugenschmidt

Communication à la Société de Stomatologie. Séance du 17 janvier 1893.

La tropacocaïne ou benzoyl pseudo-tropéine est un alcaloïde extrait des feuilles d'une plante à petites feuilles de la famille des coca, originaire de Java et qui a été isolé par un chimiste allemand Giesel.

Liebermann en étudiant ce produit, l'ayant trouvé chimiquement identique à la pseudo-tropéine extraite de la jusquiame noire, l'a fait entrer dans le groupe des atropines.

L'alcaloïde obtenu directement des feuilles étant très irritant lorsqu'il est employé par injection hypodermique, et d'autre part Liebermann ayant obtenu ce produit synthétiquement, produit qui lui n'est pas irritant, il en a fait un chlorhydrate, plus soluble dans l'eau que la base, et c'est ce produit qui est employé et a été employé dans les expériences faites jusqu'à ce jour.

Chadbourne, de Boston, est le premier qui ait entrepris une série d'expériences très complètes sur les animaux à sang froid (grenouilles) et sur les animaux à sang chaud (lapin) pour déterminer l'action physiologique de ce médicament.

Pour établir une comparaison entre le nouveau produit et la cocaïne, il a fait un nombre égal d'expériences avec le chlorhydrate de cocaïne.

Il a cherché d'abord quelles étaient les doses maxima de tropacocaïne et de chlorhydrate de cocaïne qui, injectées à une grenouille, ne produiraient pas de symptôme apparent indiquant une action quelconque du médicament sur cet animal. Il a trouvé comme limites 1 milligramme de tropacocaïne et 1/2 milligramme de chlorhydrate de cocaïne.

Il a remarqué de plus qu'une grenouille revenait à son état naturel six heures après avoir reçu 1 à 3 milligrammes de tropacocaïne et 1/2 à 1 milligramme de cocaïne.

Les symptômes d'intoxication se révélant par des mouvements volontaires d'abord, involontaires ensuite, puis convulsions commençant par les pattes postérieures.

A la suite de l'injection de 5 milligrammes à 1 centigramme

de tropacocaïne, ou de 1 à 5 milligrammes de cocaïne l'animal revient à son état normal au bout de 24 heures.

La dose mortelle est de 2 centigrammes de tropacocaïne et de 5 milligrammes à 1 centigramme de cocaïne.

Pour étudier l'action du médicament sur les animaux à sang chaud, c'est le lapin qui a été choisi.

Les doses respectives de ces deux médicaments sans action apparente sont 6 centigrammes de tropacocaïne et 3 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne.

8 à 40 centigrammes de tropacocaïne chez le lapin produisent des convulsions mais n'amènent pas la mort; dans deux cas, 50 centigrammes n'ont pas été une dose mortelle, 5 à 15 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne produisent le même effet.

La dose mortelle pour le lapin est de 50 centigrammes de tropacocaïne et de 20 centigrammes de cocaïne.

Les conclusions de l'auteur sont que la tropacocaïne est moitié moins toxique que la cocaïne, que son action comme anesthésique local est plus complète que par la cocaïne.

Le résultat chez l'homme de nos recherches et expériences est en accord avec les résultats mentionnés par M. Chadbourne[1].

L'introduction de la tropacocaïne chez l'homme à la dose de 2 à 4 centigrammes par la voie stomacale est restée sans effet, il n'y a eu aucun symptôme indiquant la moindre action physiologique du médicament.

L'injection sous-muqueuse buccale de deux centigrammes de tropacocaïne dans dix gouttes d'eau sur un total de 37 personnes nerveuses et autres, n'a produit qu'une légère augmentation du nombre de pulsations de 80 à 84 ; sans changement dans l'état de tension artérielle au toucher. Je dois ajouter que dans tous ces cas l'injection a été faite lentement, la durée de l'injection pour chaque personne étant de une minute.

Quoique le produit par sa composition chimique appartienne au groupe des atropines, nous n'avons jamais observé le moindre symptôme pupillaire, seule une sècheresse de la gorge, peu développée cependant, est observée dans certains cas quelques heures après l'introduction du médicament. Ce serait là le seul symptôme se rapprochant de l'atropine et encore n'est-il pas assez développé pour être indiqué comme symptôme absolument existant et non suggestionné.

1. Par une lettre publiée dans le dernier numéro de l'*Odontologie* par MM. G. Viau et Pinet, nous avons appris que ces expérimentateurs, au point de vue de l'anesthésie locale par la tropacocaïne en injection, avaient obtenu sur les quelques cas mentionnés des résultats analogues à ceux observés par nous.

L'injection d'une dose massive de 4 centigrammes de tropa-cocaïne, c'est-à-dire une injection rapide et d'un seul coup de



Fig. 1. — Normal pris immédiatement avant l'injection.

Fig. 2. — Intoxication, 3 minutes après injection, au moment du vertige et anxiété précordiale.

piston de tout le contenu de la seringue dans une même région du maxillaire inférieur a été suivie au bout de trois minutes

d'une sensation très nette de vertige et d'une anxiété précordiale très intense qui fut accompagnée par un abaissement subit et notable de la pression sanguine comme l'indiquent les tracés sphygmographiques obtenus à ce moment. Cette action sur la circulation a été très rapide, car dix minutes après l'injection, le pouls, comme tension et nombre de pulsations, était revenu presque à l'état normal pour ne plus présenter de variations comme l'indiquent les tracés dont le dernier a été pris quatre heures après l'injection.

Cette expérience que nous avons faite sur nous-même n'a pu être influencée par l'imagination, car nous étions convaincu de l'innocuité absolue de la dose employée.

La respiration, contrairement à ce qui se passe dans l'intoxication cocaïnique, ne paraît pas éprouvée par des doses de 2 à 4 centigrammes de tropacocaïne, tandis que la cocaïne agit très nettement sur la fonction respiratoire et cela dès le début de l'intoxication.

Sur le système nerveux, les doses de tropacocaïne que nous avons employées n'ont paru avoir aucune action, tandis qu'à dose égale la cocaïne a produit des accidents les plus sérieux. En effet, la cocaïne, qui est un anémiant cérébral très manifeste, doit à cette action les accidents tumultueux, la syncope qui surviennent au début d'une injection de cocaïne chez une personne nerveuse ou peureuse. On sait, d'autre part, que la peur a pour manifestation physiologique une anémie cérébrale, il y a donc là deux chances pour une d'avoir un accident. La tropacocaïne elle n'a aucune action sur les personnes pusillanimes. Elle n'a pas non plus d'action apparente sur le système vaso-moteur qui, lui, est très fortement influencé par la cocaïne, même à dose très faible.

Les résultats d'observations sur l'homme viennent donc à l'appui des faits expérimentaux pour indiquer que ce nouveau produit est beaucoup moins toxique que la cocaïne, sans cependant aller jusqu'à le déclarer sans danger, vu que l'observation que nous avons faite avec une injection massive de ce médicament à 4 centigrammes nous indique que le médicament est actif et demande à être employé avec précaution.

Son action physiologique sur le cœur est très passagère, vu qu'au bout de dix minutes, à la suite d'une action très nette sur le cœur, tout rentrait dans l'ordre, tandis qu'avec la cocaïne nous savons que les perturbations cardiaques se prolongent des heures.

Comme anesthésique local, ce nouveau produit nous paraît appelé à rendre de grands services. Nous l'avons employé trente-sept fois, sans dépasser la dose de 2 centigrammes 1/2 ; la formule suivante est celle que nous préparons :

Tropacocaïne.................................... 10 centigrammes
(Chlorydrate benzoyl pseudo-tropéine)
Eau distillée.................................... 2 gr. 50
M. X gouttes pour une anesthésie locale.

Nous avons pu perforer l'alvéole, extirper un séquestre et enlever des racines sans la moindre plainte du ou de la patiente. L'injection elle-même est sans douleur.

L'anesthésie locale produite est beaucoup plus rapide qu'avec la cocaïne et commence de 45 secondes à une minute après le début de l'injection. L'anesthésie persiste plus longtemps qu'avec la cocaïne et nous a paru plus profonde.

Mais une recommandation sur laquelle il faut insister, c'est que le produit ne soit pas injecté à dose massive et rapide, il vaut mieux prendre une minute pour introduire le médicament.

Je mentionnerai à ce propos un procédé que j'ai employé avec avantage à différentes reprises lors d'accidents cocaïniques suite d'injections, c'est dès le début de l'apparition des symptômes toxiques de plonger un bistouri dans la région où l'injection a été faite, l'écoulement de sang pouvant ainsi entraîner la partie du liquide injecté qui n'aurait pas encore passé dans la circulation et réduire d'autant les chances d'une intoxication par trop grave.

Comme nous l'avons dit plus haut, sur les trente-sept cas d'injections de 2 centigrammes, dose suffisante pour une anesthésie locale, nous n'avons pas observé le moindre symptôme d'action médicamenteuse sur l'économie en faisant notre injection lentement.

Ce qui nous fait croire que ce produit remplacera avec avantage la cocaïne, c'est que le chlorhydrate de benzoyl pseudo-tropéine est un produit synthétique et par conséquent beaucoup moins sujet à varier qu'un produit du même genre obtenu directement des plantes, et comme c'est un produit artificiel qui a été expérimenté, il n'y a pas de raison pour que l'action médicamenteuse varie d'un jour à l'autre, comme cela s'est présenté avec la cocaïne. Nous avions remarqué, en effet, que sur nos 1500 premières injections nous n'avions eu que quatre accidents cocaïniques très légers en employant des doses de 4 à 5 centigrammes, allant même jusqu'à 8 centigrammes sans un symptôme apparent.

Aujourd'hui nous ne dépassons pas un centigramme et nous avons eu des accidents sérieux avec 2 et 3 milligrammes du produit. La cocaïne du début était-elle extraite des feuilles de coca anciennes et celle d'aujourd'hui est-elle obtenue de plantes fraîches contenant des produits toxiques difficiles à éliminer? Toujours est-il que le fait est là et a été remarqué par plus d'un

observateur. La cocaïne d'aujourd'hui est plus toxique que la cocaïne d'autrefois.

L'emploi externe sur la muqueuse buccale en badigeonnage d'une solution de tropacocaïne à 10 0/0, n'a pas une action aussi manifeste qu'une solution au même titre de cocaïne.

De plus, l'application du sel lui-même légèrement humecté d'eau, dans les caries sensibles du 2e degré et même dans les caries du 3e degré, ne nous a pas donné de résultats bien satisfaisants.

En résumé, les avantages de la tropacocaïne sur la cocaïne sont :

1° A dose égale et suffisante pour produire une anesthésie, d'être beaucoup moins toxique que la cocaïne et d'avoir une action très peu marquée sur les fonctions vitales de l'économie ;

2° De produire une anesthésie locale plus rapide et plus profonde que la cocaïne et d'une durée équivalente ;

3° La solution de tropacocaïne pour injections anesthésiques peut se conserver plusieurs mois étant antiseptique, tandis qu'une solution de cocaïne au bout de quatre ou cinq jours est perdue.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU REDRESSEMENT A L'AIDE DES ANNEAUX ET DES BANDES

Par M. Heidé,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Il n'est pas dans mes intentions de traiter d'une manière générale la question si vaste de l'orthopédie dentaire. Mon ami, M. Dubois, l'a fait ici même d'une manière très complète [1], je n'ai pas à y revenir. Il me sera permis toutefois d'ajouter quelques mots sur un système dont il a parlé avec trop de réserves. Je veux dire celui des appareils à bande ; j'estime que les derniers perfectionnements de la prothèse qui ont eu pour but de diminuer la largeur des plaques, tout en respectant les lois de l'hygiène dentaire, doivent avoir pour conséquence des progrès similaires dans la combinaison des appareils de redressement.

Est-il possible, dans quelques cas, de substituer aux anciens appareils couvrant le palais des appareils plus légers, moins encombrants, et malgré cela puissants et sans effets nocifs sur les tissus en contact ? Oui, il est évident que ce système n'est pas d'application générale, qu'il exige une certaine habileté mécanique, un emploi judicieux des forces à mettre en action ; il n'en est pas moins appelé à rendre de signalés services. C'est à ce titre que je présente aux lecteurs de cette *Revue* les trois appareils suivants.

1. *Orthopédie dentaire ou traitement des anomalies de direction*, par M. P. Dubois, *Revue Internationale d'Odontologie*, janvier 1893.

I. Appareil avec ressort coffin et anneaux

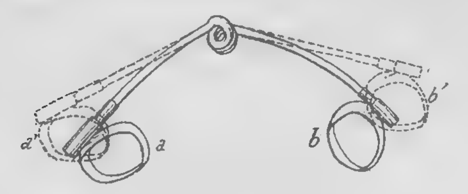


Fig. 1.

L'appareil très simple exposé par la figure 1 a servi à ramener en avant deux canines. Un anneau en or fin est ajusté exactement autour des canines à redresser. De l'or à 900/1000 pourrait également servir. L'anneau doit être mince, au 5 de la filière; à ces anneaux sont soudés deux petits tubes destinés à revoir les extrémités du ressort d'acier. Afin d'empêcher le glissement de celui-ci, on fait un cran d'arrêt, ou on coule autour du fil un peu d'étain. Les anneaux sont fixés autour des dents avec du ciment.

Si le ressort blesse la lèvre on l'entoure d un peu de fil. La force du ressort agit sans entraves, et en peu de temps elle amène assez rapidement les dents à leur place voulue. Dans un cas j'ai obtenu la correction de la rétroversion de deux canines en trois semaines.

II. Appareil pour corriger la rotation sur l'axe

Etant donnée une incisive à faire tourner sur son axe, on construit un appareil en fixant deux anneaux autour de la deuxième bicuspide et de la première molaire. Aux anneaux on soude un tube carré faisant coulisse recevant une barre d'or faisant ressort.

La dent est entourée d'un fil de soie qui l'attache à la barre en forçant l'extrémité de cette dernière.

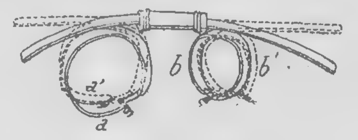


Fig. 2.

III. Appareil pour combattre la rétroversion d'une deuxième bicuspide

Dans certaines bouches à dents serrées, l'une des biscupides inférieures se trouve logée très en arrière de l'arcade, que cela résulte de la présence tardive d'une dent temporaire ou d'une mal position primitive du germe. Dans l'appareil représenté par la figure 3, j'ai eu à redresser une deuxième bicuspide mal placée pour la première cause. Mon patient était âgé de 35 ans. Après avoir extrait la dent de lait, j'ai placé l'appareil décrit ci-dessous; la propulsion en avant s'est faite à l'aide d'une vis ou d'un écrou tirant progres-

sivement sur la dent anormalement placée. Une complication sous forme de gingivite ulcéreuse causée par l'éruption vicieuse de la dent de sagesse n'a même pas nécessité la suspension du port de l'appareil. Je dois dire que la cure rapide de la complication fut due

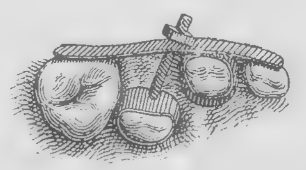


Fig. 3.

en grande partie à mon patient qui fit les gargarismes avec une application que peu observent. Les parties malades furent en quelque sorte en contact constant avec les solutions antiseptiques et résolutives ordonnées.

Cela semble prouver que chez des patients soigneux on peut sans inconvénients se servir d'appareils à bande et à anneaux, même dans des conditions buccales quelque peu défavorables. Les résultats obtenus établissent aussi la puissance de ce système de redressement.

OBSERVATIONS DE RÉIMPLANTATIONS

Service de M. Ronnet,
Ex-professeur à l'Ecole Dentaire de Paris.

1re Observation par M. Jeay, élève de 3e année.

Mme L..., âgée de 30 ans, née à Paris, profession couturière, se présente à la clinique le 20 novembre 1891.

ANTÉCÉDENTS : 1° *Généraux*, anémie, dilatation d'estomac; 2° *Locaux*, extraction des trois grosses molaires supérieures droites et gauches, il y a cinq ans. Obturation au ciment des caries du 2e degré des incisives et des canines il y a un an. Abcès alvéolaire sur la première prémolaire. Carie du 2e degré sur la première grosse molaire inférieure droite face externe.

ETAT ACTUEL. — Les troisièmes grosses molaires inférieures droite et gauche n'ont jamais évolué. Douleurs assez vives à la percussion de la première prémolaire droite supérieure, élasticité, la dent paraît un peu allongée, des tentatives de traitement par les canaux ont été faites, mais vainement. Congestion et douleur de la gencive à la hauteur de l'apex, la sonde pénètre dans les canaux, odeur assez forte, la dent est cariée à la face médiane et distale ; gencives saines.

Traitement classique de la carie du 4e degré fait antérieure-

ment, cela sans résultats même palliatifs ; la suppuration est abondante. La malade demandait l'extraction ; M. Ronnet lui propose la réimplantation ; elle est acceptée. Extraction de la dent sans trop de douleur elle n'a qu'une racine.

Après avoir lavé la dent à l'eau phéniquée on a réséqué l'extrémité où se trouvait le kyste à quatre milimètres de l'apex. La dentine cariée a été enlevée à l'aide d'un excavateur et la chambre pulpaire largement ouverte : avec des sondes de Donalson on a cherché le trajet des canaux dont on a élargi l'entrée au moyen de trocarts de Hopkins, puis avec des équarissoirs on les a légèrement agrandis. Des lavages d'eau phéniquée ont été pratiqués de telle sorte que les canaux fussent traversés dans toute leur longueur par le liquide. Après avoir préparé la cavité et l'avoir obturée ainsi que les canaux avec du ciment Poulson, on a réimplanté la dent dans son alvéole, qui pendant tout le temps de sa préparation avait été occupée par des tampons de coton assez serrés et également imbibés d'eau phéniquée. La réimplantation faite, la dent fut maintenue au moyen d'un petit triangle de digue en caoutchouc fixé aux deux dents voisines, la canine et la deuxième prémolaire supérieure droite. Des badigeonnages d'iode et d'aconit *(ââ)* furent appliqués toutes les deux heures sur la gencive.

22 novembre. — La personne revient avec une fluxion œdémateuse de la joue droite ; douleurs assez vives pendant la nuit, accalmie au moment de la visite.

Gargarismes fréquents de guimauve et de pavot, badigeonnages de teinture d'iode et aconit toutes les quatre heures seulement. Dérivation intestinale, bains de pieds sinapisés. Repos complet.

24 novembre. — La malade va mieux, plus de douleurs ; la fluxion n'est plus guère apparente, douleurs légères seulement dans la région des ganglions lymphatiques sous-maxillaire et de la fosse canine. La dent réimplantée est encore mobile latéralement. Badigeonnages de teinture d'iode sur la région sous-maxillaire. Lavages antiseptiques fréquents à l'eau boriquée 5 0/0 à travers les interstices dentaires.

25 novembre. — Le mieux continue, la dent est moins mobile, plus de douleurs dans les régions sus-indiquées, encore un peu d'œdème au niveau de la fosse canine ; on retire la digue en recommandant de continuer les lavages antiseptiques et de cesser les badigeonnages de teinture d'iode et d'aconit, la gencive étant desquamée et tuméfiée.

2 décembre. — La dent n'a presque plus de mouvements de latéralité. Légère poussée inflammatoire au palais au niveau de

l'opération ; une grosseur qui s'était formée va en diminuant et la dent se consolide de plus en plus. On permet alors à la malade de commencer à se servir de sa dent.

2e Observation par M Hirschberg, élève de 2e année.

Consultation de M. Dubois. Le 4 décembre 1890. — Mlle C. ., âgée de huit ans, née à Paris.

Antécédents : 1° *Généraux*, néant.

2° *Locaux* : fracture simple de la grande incisive droite et luxation complète de celle du côté gauche.

Etat actuel. — La lèvre supérieure sur laquelle a porté le choc (l'enfant est tombée en courant) est fortement tuméfiée ; le traumatisme donne lieu à une périostite aiguë, l'incisive luxée est chassée un peu en dedans, l'incisive fracturée est privée de son angle inférieur gauche, la pulpe est protégée par une couche de dentine très mince.

Gencives enflammées — salive normale.

Diagnostic. — Périostite aiguë des incisives centrales supérieures.

Traitement. 4 décembre. — Irrigation de la gencive avec : teint d'iode 10 gr. ; ac. thymique, 1 gr. ; alcool, 30 gr. ; eau, 1000 gr. ; (toutes les heures). Tamponner les dents malades, entre la gencive et la lèvre, avec un coton imbibé dans du chlorate de potasse 30 gr. pour 250 gr. d'eau toutes les heures.

6 décembre. — Dans la région du palais, à un millimètre de l'interstice des dents malades, il s'est formé un petit abcès.

13 décembre. — Réimplantation de la dent luxée et pose de l'appareil de maintien. A partir de cette date jusque vers le 15 février, l'enfant venait de temps en temps à la clinique de l'Ecole. Le succès de la réimplantation était d'abord peu visible et la dent maintenue par l'appareil bien fixé balançait toujours au moindre toucher. Ce n'est que vers le 25 mars que nous avons revu l'enfant. Elle nous a dit que l'appareil la gênait et elle a préféré l'ôter depuis quelques semaines. Quant à la dent réimplantée, elle est bien fixée dans l'alvéole et ne bouge presque pas.

SOCIÉTÉS ODONTOLOGIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 6 décembre 1892.

UN CAS DE TRANSPLANTATION

M. Joseph présente une personne à laquelle il a pratiqué une transplantation de petite molaire.

M. Frey. — Les dents implantées deviennent adhérentes à l'alvéole par suite des travées osseuses qui se forment ainsi que l'ont démontré les travaux de MM. Duplay et Cazin. Ces dents donnent à la percussion un bruit sourd.

M. Meng. — C'est plutôt un bruit sec.

M. Frey. — Le temps nécessaire à la consolidation varie suivant les individus et l'antisepsie plus ou moins rigoureuse.

M. Gillard. — Il y a ostéite condensante du côté de l'alvéole et ostéité raréfiante du côté de la dent ainsi que le prouvent les petits trous ronds dont les racines sont criblées et les saillies osseuses de l'alvéole, entrant dans les trous, maintiennent la dent.

M. Poinsot. — Une dent provenant d'une personne qui venait d'avoir une fièvre typhoïde fut transplantée à une personne que j'ai connue et qui mourut 7 ans après d'une fièvre typhoïde.

M. Joseph. — La simultanéité de l'ostéite condensante et de la cémentite raréfiante ne peut être considérée comme établie, les phénomènes régressifs observés du côté du cément peuvent être le résultat de l'état morbide dont la chute de la dent est le terme final.

M. Gillard. — Ces dents tombent assez difficilement et par suite d'abcès ; on trouve ces épines osseuses au dessus de l'abcès. Ces dents sont toujours très dures à enlever et il est certain que ces saillies osseuses contribuent à cette résistance.

M. Frey. — Il faut tenir compte de la résistance du sujet ; une transplantation faite chez une jeune femme d'un mauvais état général allait échouer quand la dent se consolida à la suite d'un séjour prolongé à la campagne qui remonta l'état général de ma malade.

M. Poinsot. — Les dents tiennent par des trous découpés pour ainsi dire à l'emporte-pièce.

M. Chauvin fit un jour une communication où une réimplantation ne réussit pas, le malade était albuminurique.

QUELLES SONT LES DENTS A EXTRAIRE DE PRÉFÉRENCE POUR OBTENIR UN ÉCARTEMENT INTERDENTAIRE ASSEZ RÉGULIER

M. Duvoisin. — Les dents sont généralement trop serrées ce qui occasionne des caries interstitielles très difficiles à soigner et pour lesquelles on éprouve des échecs malgré les plus grands soins. Ces caries sont dues aux parcelles alimentaires qui se déposent dans les espaces interdentaires et que ne peuvent enlever les brossages les plus minutieux.

Pour éviter ces caries il faut obtenir un écartement des dents par l'extraction des quatre premières grosses molaires si elles sont cariées, ou des quatre deuxièmes bicuspides. Il faut attendre l'éruption complète des dents de douze ans à quatorze ans et les dents s'écartent alors les unes des autres en donnant un espace d'un millimètre à peu près entre les bicuspidées (si on a enlevé les grosses molaires), et deux à trois millimètres entre les deuxièmes bicuspidées et les deuxièmes grosses molaires.

M. Poinsot. — Il n'est pas prouvé que les vides se produiront aux

points désirés. La dent peut s'incliner, elle n'est plus placée dans son axe normal, ne peut plus broyer et le périoste peut subir des altérations.

Les Américains déterminent des vides à la lime, il est bien préférable de développer le squelette de l'enfant.

M. Gillard. — La communication de M. Duvoisin est très bien au point de vue théorique, mais il n'en est pas de même au point de vue pratique ; les dents s'inclinent parfois beaucoup. De plus il faut autant que possible maintenir l'engrènement des arcades supérieure et inférieure.

M. Duvoisin. — J'observe cette pratique depuis 4 ou 5 ans, je l'ai appliqué plusieurs fois et ai obtenu de bons résultats.

M. Prével. — Il y a quelques années, un homme vint à la Clinique en se plaignant de fortes douleurs du côté gauche de la bouche. La première grosse molaire manquait et la dent voisine était couchée, n'occupant pas sa position normale ; mais le vide était si bien rempli que je ne m'aperçus pas tout d'abord qu'il manquait une dent. Je pensai que la névralgie était due à la dent inclinée et je me décidai à l'enlever ; je l'ouvris et je constatai de l'ossification de la pulpe. Quelque temps après, je revis le sujet qui se déclara guéri de ses névralgies.

DES MOYENS DE RÉSISTANCE DE LA DENT CONTRE LA CARIE

M. Frey. — Il y a deux choses à étudier :

1° La résistance normale, constitutionnelle de la dent ;

2° Ses moyens de défense.

Les parasites contre lesquels la dent doit lutter, agissent de deux façons, par leur propre présence et par les fermentations acides auxquelles ils président. Les tissus de la dent sont d'autant plus résistants à la carie qu'ils sont moins riches en matière organique.

Les tissus constituant la dent sont d'autant plus riches en matière organique qu'ils s'éloignent davantage de la périphérie, depuis la membrane de Nasmyth inattaquable aux acides jusqu'à la pulpe absolument dépourvue de matière minérale. L'ivoire, étant donné le calibre des canalicules plus grand au centre qu'à la périphérie, est plus riche en matière organique au centre qu'à la périphérie.

La dent a donc une densité, c'est-à-dire une résistance naturelle contre la carie, d'autant plus grande qu'on va du centre à la périphérie. Les tissus les plus résistants sont donc placés au premier rang pour supporter l'assaut des agents morbides.

En plus de ces conditions naturelles propres à la dent, il y en a une autre tenant au milieu dans lequel elle est placée, la salive. Celle-ci par son alcalinité neutralise les réactions acides qui se produisent et, par les mouvements de déglutitionin cessants, empêche la stagnation des débris alimentaires ; enfin elle a une action microbicide bien étudiée par Sanarelli. (Voir *Revue Internationale d'Odontologie* 1893, p. 33.) Qu'une solution de continuité se produise les

microbes vont essayer de s'introduire et de pénétrer jusqu'à la pulpe.

La dent va alors s'efforcer de résister à l'invasion en se minéralisant davantage, en fabriquant de la dentine secondaire presque exclusivement minérale et forme ce qu'on a appelé le *cône de résistance*. L'exagération dans la formation de la dentine secondaire entraîne la calcification de la pulpe.

Cette lutte de la dent, sa minéralisation sous l'influence de l'irritation produite par la carie est analogue à la formation de tissu fibreux d'enkystement dans le poumon envahi par le bacille de Koch.

Il existe un autre moyen de résistance, c'est la phagocytose. Les microbes, par les canalicules, arrivent à la pulpe bien avant que celle-ci soit à découvert et il est probable, quoique cela n'ait pas été démontré, que la pulpe doit lutter par ses leucocytes contre les envahisseurs.

Maintenant, pourquoi la dent ne triomphe-t-elle pas toujours? Cela tient à des causes générales, affaiblissement général de l'organisme et à des causes locales, anomalies de structure (espaces interglobulaires de Czermak), irritations violentes, obturations non isolantes.

En résumé les deux formes de la carie, sèche et molle, correspondent à l'énergie de la résistance d'une part, à l'intensité de la réaction d'autre part. Il ne faut pas, par une thérapeutique imprudente, entraver la formation de dentine secondaire.

M. Prével. — Je crois qu'il serait bon de diviser nos dents en deux parties les dents inférieures et les dents supérieures, et de se demander pourquoi les dernières s'en vont toujours plus vite que les premières, ainsi que le prouvent les pièces de prothèse que nous avons toujours à confectionner plus souvent pour la mâchoire supérieure.

M. Frey. — L'action microbicide de la salive s'exerce bien mieux au niveau des dents inférieures.

M. Poinsot. — La salive baignant bien plus la mâchoire inférieure que la supérieure, lorsqu'elle est acide, la carie devrait être bien plus fréquente sur les dents inférieures, c'est cependant le contraire qui a lieu. La raison est bien plutôt mécanique, le marteau s'abîme plus que l'enclume.

INFLUENCE DE LA MENSTRUATION SUR LES ACCIDENTS D'ORIGINE DENTAIRE

M. Joseph. — M. Sauvez a lu, à la dernière séance, un travail sur ce sujet. (Voir *Revue Internationale d'Odontologie* 1893, p. 26.) Pour lui ces accidents seraient dûs à la pléthore sanguine générale. Cependant s'il y avait pléthore il y aurait suractivité nutritive plus grande et résistance organique plus grande.

A mon avis les accidents observés sont bien plutôt dus à la congestion des organes génitaux qui détermineraient des troubles secondaires généraux empêchant les échanges physico-chimiques normaux ce qui diminuerait la résistance vitale des tissus d'où l'opportunité morbide à cette époque.

D'après la théorie admise par M. Sauvez il faudrait recourir à des scarifications et aux révulsifs tandis que, d'après moi, ces moyens doivent être absolument proscrits et l'on doit recourir aux toniques et aux antiseptiques.

M. Sauvez. — Le professeur Pinard et beaucoup d'accoucheurs admettent avec moi que pendant la menstruation et la grossesse il y a congestion de l'organisme tout entier c'est ce qui explique les hémoptysies et les épistaxis supplémentaires. Pour M. Joseph la congestion est secondaire à l'infection. Ce n'est pas mon avis.

LA GALVANOPLASTIE APPLIQUÉE AUX MODÈLES MÉTALLIQUES DESTINÉS A L'ESTAMPAGE

M. Gillard. — L'estampage des grandes plaques laissant beaucoup à désirer, un chirurgien des hôpitaux qui était gêné par les plaques qu'il portait a recherché un moyen d'obtenir un estampage plus parfait. Sur le modèle en plâtre il a déposé une première cuvette en cuivre de 1 m/m à 1 m/m 1/2 d'épaisseur, puis il a déposé le contre modèle primitif et il a obtenu deux plaques qui ont été doublées avec du métal. Ce procédé m'a parfaitement réussi tandis qu'il est rare dans la pratique de voir une plaque de métal coller aussi bien que des plaques de caoutchouc.

ESTAMPAGE AU MOYEN DE CHEMISES MÉTALLIQUES

M. Cecconi, fait une communication sur ce sujet (voir *Revue Internationale d'Odontoloaie* 1893, p. 16).

CONSERVATION DES MODÈLES PAR LA GALVANOPLASTIE

M. Poinsot. — Pour conserver des modèles en bon état, j'ai songé à employer la galvanoplastie. On dépose dans l'empreinte au plâtre une couche de métal et on a un modèle en saillie avec des angles parfaitement résistants. M. Poinsot présente des modèles obtenus par ce procédé.

M. Rosenbaum, fait don au Musée de l'Ecole d'une dent adhérente à un morceau de maxillaire enlevée au moyen de la clef de Garengeot par un dentiste de province.

La séance est levée.

Séance du 10 *janvier* 1892.

NÉCROSE DU MAXILLAIRE

M. Poinsot lit au nom de *M. Schléier* une observation de nécrose partielle du maxillaire inférieur dont la cause est attribuée à un traumatisme remontant à vingt ans.

Il s'agit d'un homme qui, il y a vingt ans, reçut un coup de pied de cheval au niveau du maxillaire inférieur, du côté gauche. Le malade a souffert beaucoup à ce moment, depuis il n'a plus rien ressenti quand, il y a quelque temps, il fut pris de violentes douleurs à la suite desquelles il fit enlever il y a trois semaines la dent de sagesse inférieure gauche. Lorsqu'il se présente à la clinique,

il souffre beaucoup, il y a une suppuration abondante et la première grosse molaire et la deuxième petite molaire sont mobiles et douloureuses, le diagnostic porté par M. Poinsot est nécrose du maxillaire. Le malade paraissant très cachectisé, on lui fait faire de l'antisepsie buccale et huit jours après on enleva les dents et un séquestre.

M. Roy. — Pourquoi avoir attendu pour enlever les dents? L'indication immédiate était la suppression des causes d'infection sans négliger l'antisepsie opératoire et alors l'antisepsie buccale pratiquée après aurait donné encore de meilleurs résultats.

M. Poinsot. — Je n'ai pas voulu prendre la responsabilité d'une opération immédiate, j'ai préféré préparer le terrain que d'ouvrir une porte d'entrée aux germes.

M. Roy. — Il n'y avait pas à craindre de provoquer de l'infection puisque la suppuration était déjà établie, il importait beaucoup au contraire de faire disparaître la cause du mal.

M. Viau. — Je suis de l'avis de M. Poinsot, il y a des cas où il faut attendre avant d'opérer. On doit attendre que les séquestres deviennent mobiles.

M. F. Jean. — Les deux avis sont défendables.

M. Roy. — Je n'ai pas parlé des séquestres, dont on peut attendre la mobilisation, mais des dents.

M. Touchard. — Il est préférable, à mon avis, d'opérer immédiatement, j'ai observé un cas où il se produisit de la nécrose par suite du retard apporté à l'opération.

FRACTURE SPONTANÉE DE DENTS PATHOLOGIQUES

M. Poinsot. — J'ai une cliente à laquelle mon opérateur fit, il y a quelques années, une aurification à une grosse molaire inférieure. La dent fut longtemps douloureuse à la suite, quand, après un temps assez long, la sensibilité cessa tout à coup. Les douleurs étaient dues à la mortification de la pulpe et leur cessation brusque à une fracture spontanée de la dent sous l'influence des gaz développés par cette mortification. On peut se rendre compte de ce fait en examinant la dent que j'ai enlevé il y a quelque temps, elle était devenue très mobile et je l'enlevai avec les doigts.

M. Deschaux. — Je ne puis pas croire que les gaz provoqués par la mortification de la pulpe puissent avoir une force suffisante (force qui devrait être considérable) pour amener l'éclatement d'une dent.

M. Poinsot. — Un élève de M. Pasteur à qui je parlais de ce fait, m'a dit que la chose était très possible. Il y a des microbes anaérobies qui produisent une grande quantité de gaz ; ceux-ci se trouvent comprimés, la résistance de l'enveloppe diminue et la dent éclate.

M. D'Argent. — A la clinique de l'École. J'ai vu, avec M. Ronnet, un cas de fracture d'une molaire avec pulpe vivante qui s'était produite chez une personne qui, quelque temps auparavant, avait cassé de la glace avec ses dents.

M. Viau. — En 1864, en Angleterre, on a cité une observation de fracture spontanée survenue chez un clergyman qui ressentit, au moment où cette fracture se produisit, un choc, et perçut un bruit d'éclatement.

M Poinsot. — A propos du cas cité par M. D'Argent, j'ai remarqué que le froid faisait casser les dents ; ainsi, quand j'essayai le chlorure de méthyle pour les extractions de dent, je remarquai que les dents étaient très fragiles.

M. Lemerle. — Pour que les gaz aient pu être comprimés, il faut que les canaux se trouvent bouchés.

M. Poinsot. — Je n'ai pas vérifié le fait, mais cela doit être.

LA TROPACOCAÏNE

M. Viau lit en son nom et au nom du *Dr Pinet*, une étude sur la tropacocaïne.

C'est un alcaloïde extrait des feuilles de coca de Java ; cette substance est très peu soluble dans l'eau, mais ses sels et en particulier le chlorhydrate sont très solubles.

La tropacocaïne exerce localement une action anesthésique analogue à celle que produit la cocaïne. D'après les auteurs qui ont étudié cette substance, son action est plus prompte, mais de plus courte durée, que celle de la cocaïne et elle s'exerce, à quantité égale, sur une plus large surface. Administrée à dose toxique, la mort survient par paralysie du centre respiratoire.

Sa toxicité est moitié moindre que celle de la cocaïne.

Nous nous sommes livrés, le docteur Pinet et moi à des expériences sur les animaux et sur l'homme avec le chlorhydrate de tropacocaïne.

Chez un cobaye de 375 grammes, nous avons injecté 2 centigrammes de tropacocaïne dissous dans un gramme d'eau, sans accident ; 4 centigrammes dans 1 gramme d'eau injectés à ce même cobaye déterminèrent chez lui des convulsions toniques, rarement cloniques, et l'animal succomba par syncope respiratoire.

Chez un cobaye de 450 grammes, nous avons injecté 4 centigrammes de tropacocaïne dans 1 gramme d'eau, nous n'avons pas observé d'accidents. Une même dose de cocaïne (4 centigrammes dans 1 gramme d'eau) injectée à ce même cobaye détermina des accidents généraux.

Chez un cobaye de 550 grammes, nous avons injecté 2 centigrammes de tropacocaïne, on n'observe pas d'accident ; on lui en injecte alors 6 centigrammes dans 1 gramme d'eau, il s'en suit une période d'excitation calmée par un bain d'eau froide. 6 centigrammes de cocaïne dans 1 gramme d'eau injectés à ce même cobaye déterminèrent chez lui une période de dépression suivie de convulsions toniques et cloniques.

Nous avons fait un assez grand nombre d'expériences sur l'homme, je vais vous donner connaissance de quelques-unes de ces observations.

Notre première expérience fut faite chez un malade à qui on en-

leva une dent atteinte de périodontite, on lui injecta 2 centigrammes de tropacocaïne, il ne ressentit aucune douleur et n'eut aucun accident, on remarqua seulement que la circulation de la face devenait plus active contrairement à ce qui s'observe avec la cocaïne où la face devient pâle. C'est du reste un phénomène que nous avons observé dans tous les cas.

Nous avons injecté 4 centigrammes dans 1 gr. 50 d'eau à une malade à laquelle on a enlevé une épulis s'étendant de l'incisive à la petite molaire. L'opération a été indolore, la malade n'a souffert que pour la cautérisation finale. On n'a observé chez cette malade aucun accident général.

Chez un malade, j'ai observé une période de dépression après l'injection de 4 centigrammes de tropacocaïne, mais il convient de remarquer que ce malade a des syncopes pour la moindre des choses, c'est ainsi qu'ayant dû se faire revacciner, il eut une syncope à la suite de la petite piqûre que nécessite cette opération.

J'injectai 4 centigrammes de tropacocaïne à une malade très indocile que je ne pus opérer que 20 minutes après l'injection, l'anesthésie fut parfaite et pas le moindre malaise.

De nos expériences, nous concluons :

1° La tropacocaïne jouit de propriétés anesthésiques locales ;

2° La dose est variable suivant l'étendue et la durée de l'anesthésie à obtenir ;

3° Pour le dentiste, la dose de 3 centigrammes suffit dans les cas ordinaires ; on peut aller jusqu'à 4 centigrammes ;

4° La dose de 4 à 6 centigrammes peut être considérée comme mortelle pour le cobaye.

5° La tropacocaïne produit une anesthésie locale égale à celle produite par la cocaïne ;

6° Sa toxicité est moindre que celle de la cocaïne ;

9° L'intensité de son action varie avec la concentration de la solution employée.

M. F. Jean. — A la suite des injections de tropacocaïne, a-t-on observé des ulcérations ou des nécroses ?

M. Viau. — Je n'en ai pas observé.

M. Roy. — Si les injections sont faites antiseptiquement et avec un liquide aseptique, on ne doit pas observer de nécrose ou d'accidents analogues.

M. Poinsot. — Il est très difficile de se procurer de l'acide phénique chimiquement pur, c'est ce qui explique les accidents qu'on a observés autrefois et qui ne se produisent pas lorsqu'en emploie l'acide phénique chimiquement pur.

M. Gillard. — On se servait autrefois pour les injections de cocaïne d'une solution aqueuse d'acide phénique, c'est à ce produit qu'étaient dues les nécroses observées.

M. Viau. — Je me suis servi, pendant longtemps, d'une solution d'acide phénique à 2 0/0, mais il fallait filtrer la solution. J'ai du reste renoncé à son emploi.

LES OBTURATIONS A L'ÉMAIL

M. Mouton. Une des substances obturatrices qui donnent les meilleurs résultats au point de vue esthétique est certainement l'émail naturel ou artificiel. L'émail artificiel est préférable.

Il existe un émail de verre vendu à Hambourg. Pour l'employer on foule, avec un morceau de coton, une feuille d'or au 60 dans la cavité préalablement préparée de façon à obtenir un moule de celle-ci, et, dans la cupule d'or ainsi obtenue, on fait fondre la poudre en mélangeant au besoin différentes sortes, suivant la teinte que l'on veut obtenir.

Cet émail est assez difficile à employer et je préfère me servir de fragments de dents minérales que je fixe soit à l'aide des crampons soit à l'aide d'un pivot quand la pulpe est détruite.

M. Mouton présente des spécimens qu'il a exécutés.

M. Roy. Je ferai à M. Mouton une petite observation bibliographique : je lui reprocherai d'avoir omis de parler des nombreuses communications qui ont été faites à cette société sur les obturations à l'aide d'émail. Nous avons eu entre autres (je parle des dernières) une communication de M. Dubois sur ce sujet et M. Herbst a fait ici, il n'y a pas longtemps, une intéressante démonstration à ce sujet. (Voir *Revue Internationale d'Odontologie*, 1892, p. 11.)

Dernièrement, à la réunion de la société des dentistes américains d'Europe, M. Dall, de Glascow, a fait une démonstration de son procédé d'obturation à l'aide de fragments de dents artificielles, opération qu'il exécute, paraît-il, d'une façon remarquable. Il n'emploie que des dents anglaises, parce qu'elles peuvent se repolir facilement, ou bien il taille ses fragments dans des morceaux de porcelaine fabriqués spécialement pour cet usage. (Voir *Revue Internationale d'Odontologie*, 1892, p. 283.)

Comme on le voit, mon observation est purement bibliographique mais je crois qu'il est de toute justice de rappeler au moins sommairement les travaux des devanciers.

M. Gillard. En effet, ainsi que le fait observer M. Roy, nous avons eu déjà plusieurs communications sur ce sujet, mais, notamment pour la communication de M. Herbst, tout le monde n'était pas aussi bien placé que lui pour saisir la démonstration qui a été faite et tout le monde n'a pas la mémoire aussi fidèle.

Le secrétaire général donne lecture de son rapport annuel.

On procède aux élections pour le renouvellement du bureau. (Voir pour sa composition. *Revue Internationale d'Odontologie*, 1892, p. 43.)

La séance est levée.

M. R.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 3 janvier 1893.

PRÉSENTATION DE DENTS FOSSILES

M. Vacher présente deux dents fossiles de requin qui ont été trouvées à Suez au moment du percement du canal. De ces deux dents l'une est usée et émoussée très aiguë. Ces dents ont dû séjourner longtemps dans l'eau.

M. Anjubault. — Cette présentation confirme l'hypothèse qui veut que l'Asie et l'Afrique aient été jadis séparées par la mer.

RACINE PORTANT PLUSIEURS SACS PYOGÉNIQUES

M. Anjubault, présente une dent dont la racine porte de nombreux sacs pyogéniques. M. Queudot fera des coupes dans cette dent et étudiera le mode de formation de ces productions.

Séance extraordinaire du 17 janvier 1893.

M. Queudot donne lecture d'un rapport au nom de la Commission de revision des statuts :

En 1883, la *Société Odontologique* fondée en 1878 est devenue une annexe de l'Association de l'Institut odontotechnique. La société dépend donc d'une société financière à la nomination de laquelle elle ne participe pas.

Cet état de choses avait des avantages lorsque l'on réclamait la réglementation, mais aujourd'hui que celle-ci est un fait accompli il y aurait peut-être avantage à ce que la *Société Odontologique* reprenne son autonomie.

Pour donner satisfaction à ce désir et pour ne pas apporter trop de trouble dans la Société, que celle-ci demeure transformée en Association, c'est-à-dire Société scientifique et syndicale alliée à l'Ecole qu'elle a fondé sous son patronage ; que l'Association reste administrée par un Conseil unique, mais que ce conseil ne soit pas fermé aux membres non fondateurs de l'Association. Conservons à Messieurs les Fondateurs le privilège de l'inamovibilité mais invitons-les à recevoir dans leur Conseil un certain nombre de sociétaires non actionnaires élus en assemblée générale pour une période déterminée.

Ainsi nous respectons les titres acquis par les fondateurs tout en associant à leur œuvre l'ensemble des adhérents.

M. Damain. — La société est absolument libre au point de vue financier.

M. Anjubault. — En 1890, M. Gaillard déclarait que le Conseil d'Administration de l'Institut odontotechnique, étant tuteur de la Société Odontologique, était juge de prendre en considération telle mesure qui lui serait proposée par celle-ci.

M. Damain. — Je proteste contre le terme de Société financière, employé par le rapporteur puisque les fondateurs ont fait abandon des capitaux versés.

M. Queudot. — C'est cependant bien une société financière puisqu'il faut débourser mille francs pour en faire parti.

M. Weber. — A ce compte toutes les sociétés où l'on paye des cotisations seraient des sociétés financières.

M. Damain demande à la commission de faire connaître son projet de statuts.

M. Anjubault. — La commission n'a pas cru devoir en présenter voulant avant toute chose faire voter sur le principe des modifications à apporter à la constitution de la société.

M. Damain. — Je mets aux voix les conclusions du rapport : « La Société émet le vœu qu'un nombre déterminé de ses membres désignés par voie d'élection soient admis à faire partie du Conseil d'Administration de l'Association. » Je ferai remarquer que la commission avait pour mission de reviser les statuts et non de bouleverser la constitution de l'Association. Si on adoptait les vues de la commission cela pourrait avoir de graves conséquences.

Les conclusions de la commission sont repoussées par 15 voix contre 8 sur 24 votants.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE LA GRANDE-BRETAGNE

Séance du 9 janvier 1893.

MM. Ackery et Coyler présentent une communication intéressante sur des fragments de dentine contenant de l'os. Le premier spécimen provenait d'une dent qui n'avait fait que partiellement éruption. A l'œil nu, cette dent ne paraissait qu'aux deux tiers formée, et la base, notamment la partie vers l'apex, était si lisse qu'on ne pouvait que difficilement savoir si cela était dû à la résorption ou à un arrêt dans la croissance.

Une section microscopique de l'extrémité, montra nettement des lacunes de Howship, tandis que des sections tranversales de la dent montraient qu'une large partie de la dentine avait été absorbée et remplacée par de l'os montrant des canaux de Havers. Quoique la masse osseuse fut plus abondante vers la partie inférieure de la racine, elle s'étendait jusque dans la couronne. Le second spécimen provenait d'une dent de sagesse inférieure dont aucune partie n'avait paru au-dessus du niveau de la gencive.

La dent, sur sa section longitudinale, montrait aussi l'absorption bien nette de la dentine remplacée par l'os, mais le caractère n'en était pas aussi bien défini que dans le cas précédent.

Après quelques remarques de MM. J.-F. Benett et Storer Benett, *M. David Hepburn* donne la description d'un cas intéressant d'union cémentaire des dents. Il dit que MM. Bowman Maclood et E. Lloyd-Williams avaient, à la dernière réunion, montré quelques spécimens d'union cémentaire entre les dents ; il propose d'en présenter un autre à la Société. Il présente un cas de soudure de deux dents, seconde molaire supérieure gauche et dent de sagesse, attachées par un tissu osseux dense. Le patient, un homme de 56 ans,

ayant de l'abrasion mécanique avec ossification de la pulpe des incisives, des canines et des bicuspides, s'aperçut, il y a quelques années, d'une excroissance dans la joue gauche.

On diagnostiqua que cette masse était produite par une dent de sagesse qui faisait éruption horizontalement et en dehors, plusieurs dentistes proposèrent l'extraction. Un peu plus tard, la masse représentant la seconde molaire, commença à s'ébranler, et quelques années après le patient put enlever lui-même le bloc des deux dents.

M. Spokes présente deux coupes montrant les relations entre les dents temporaires et les dents permanentes. La première était une coupe transversale du maxillaire d'un enfant dans la région des incisives. La seconde était une coupe de la même région chez le singe. Ces sections avaient été préparées par le procédé Weil, et montraient des défauts de l'émail, M. Spokes attribue cela au rachitisme.

M. Roughton présente des préparations très bien faites de micro-organismes, provenant de cultures de la bouche, ou pris directement dans la cavité. M. Rougton divise ses démonstrations en quatre catégories :

1. Les organismes non pathogènes de la bouche ; 2. Les organismes pathogènes ; 3. L'effet de ces organismes dans la bouche ou sur d'autres parties du corps ; 4. Conclusions pratiques.

I. Les microbes non pathogènes de la bouche. — La bouche agit comme milieu de culture pour la croissance des bactéries ; sa température étant environ de 37° c. température maximum pour le développement de la plupart des microbes ; s'il y a assez d'air pour les germes aérobies. Les matériaux nutritifs sont l'épithélium mort et desquamé et des particules de nourriture. La dentine décalcifiée est aussi promptement dévorée par les bactéries de la bouche. De plus, les pulpes exposées, le mucus buccal, les exsudats inflammatoires des gencives forment aussi un aliment pour les germes résidant dans la bouche. Quand on ouvre la bouche pour manger, boire ou respirer, il s'introduit beaucoup de micro-organismes de diverses sortes, et ils peuvent s'installer et se propager.

Sur les cent variétés trouvées dans la bouche, il n'y en a guère que six qui soient des occupants réguliers de la bouche.

Il paraît que les conditions de la bouche conviennent absolument à ces quelques bactéries, les aidant à éliminer les autres ; en outre, on ne peut les faire croître hors de la bouche, sur aucune culture artificielle.

a) *Les organismes en forme de bâtonnets.* — Il y a une grande variété de ceux-ci, différents en longueur et en largeur, quelques-uns réunis transversalement et d'autres sans nœud. Le nom de leptothrix est communément donné à ceux en forme de filaments. Mais, en général, les filaments du leptothrix paraissent en un tas confus. Les organismes en forme de bâtonnets à nœud (bacilles) varient aussi beaucoup comme forme ; le *bacile buccalis maximus* se trouve

en longs bâtonnets à gros nœuds longs de trois à dix μ, quelquefois seuls, quelquefois en touffes. L'iode le teint en violet, tandis que le leptothrix ne se colore pas. Ces formes sont communément trouvées avec d'autres.

b) *Microorganismes sphériques ou micrococcus.* — Ils sont quelquefois en bouquet; quelquefois en chaînes ou en tétrades, par paires ou seuls. Les paires, tétrades et chaînes sont quelquefois quand elles sont courtes, incluses dans une capsule transparente d'apparence vitreuse.

c) *Organismes spiraloïdes.* — La présence dans la bouche d'organismes crochus, ressemblant à des virgules, est connue depuis longtemps. On les crut analogues au bacille du choléra de Koch, nous savons maintenant que le vibrion du choléra croît sur la gélatine, la bacille virgule de la bouche (*spirillum sputigenum*) ne croît que dans la bouche. Le plus souvent peu nombreux, ils pullulent quand les gencives sont rouges et enflammées ou malades. Dans leur état naturel vivants, ils sont très mobiles, se mouvant comme par le moyen de la flagellation, ou d'un coup de fouet. Le nombre et mode d'attache aussi bien que les dimensions varient beaucoup. Un autre microbe spiraloïde, qu'on rencontre souvent sous les gencives enflammées, est le *spirochœte dentium.* Il se présente sous la forme de longues spirales onduleuses variant comme épaisseur et comme grosseur des nœuds. On a supposé que c'était un stade de développement du *spirillum sputigenum.* Mais il en diffère par quelques particularités.

II. Les microbes pathogènes de la bouche. — On sait de longue date que la salive humaine est toxique. Ses propriétés toxiques ayant été décrites sous des formes variées, Raynaud et Lannelongue, en 1881, montrèrent que cela provenait de la présence de microbes. Pasteur aussi, découvrit dans la bouche d'un enfant atteint de rage un diplococcus encapsulé, ressemblant à un 8, et crut avoir trouvé le microbe spécifique de la rage ; Vulpian cependant montra les mêmes symptômes suivis d'injections de salive ordinaire, accrus quand les germes étaient injectés.

A. Frænkel découvrit le même microbe dans une pneumonie diphtéroïde, on l'a aussi trouvé dans d'autres processus inflammatoires. Celui-ci, le micrococcus du *sputum septicœmia,* se trouve fréquemment dans la bouche des personnes saines, à l'état de diplococcus encapsulé, on l'obtient facilement dans le sang et les tissus des souris, après une injection de salive.

Ce micrococcus se développe quoique difficilement, sur la culture média, nécessitant une certaine température et un milieu alcalin. Les colonies ont l'aspect de gouttes de rosée. Miller a décrit quatre espèces différentes de ces microbes et il les désigne par les nombres 1, 2, 3 et 4.

III. Les effets des microbes dans la bouche et sur les autres parties du corps. *a*) *Effets locaux, caries dentaires.* — Les seules conditions nécessaires sont, que la dent soit exposée par l'altération de l'émail ou décalcifiée par les acides.

Dans des sections de dentine cariée, on trouve les tubes remplis de bactéries d'espèces différentes. Beaucoup d'espèces furent découvertes occupant, et dans quelques cas, gonflant les fibrilles dentinaires. Tôt ou tard la carie (et les bactéries) se développent, s'il n'y a pas d'entraves, jusqu'à la cavité pulpaire, occasionnant une inflammation aiguë, même une gangrène de la pulpe ; les bactéries peuvent même s'étendre jusqu'à l'apex, produisant un abcès alvéolaire avec ses conséquences possibles, telles que, défigurément, nécrose du maxillaire, suppuration envahissante, septicémie, et la mort. L'extension de l'inflammation des dents au sinus maxillaire, est aussi bien connue.

Les inflammations diverses et les conditions catarrhales, les ulcères de la bouche, sont dus pour beaucoup à l'action des bactéries sur des tissus dont la vitalité est momentanément suspendue. M. Roughton pense que la *pyorrhée alvéolaire* se produit ainsi. La cause de ce mal est probablement l'action des germes sur des tissus dont la vitalité est diminuée par une maladie locale ou constitutionnelle. Ainsi, l'accumulation de tartre, la gingivite simple, etc., sont citées comme des causes prédisposantes. Tandis que la scrofule, la goutte, le rhumatisme, et les maladies par dénutrition agissent comme des causes intrinsèques constitutionnelles, en même temps les germes sont abondants dans les poches entre les dents et les gencives. Miller a isolé vingt-deux microbes différents dans vingt-sept cas de pyorrhée. Il paraîtrait par là qu'il n'y a pas un germe spécial auquel on puisse attribuer cette affection, mais que n'importe lequel des bactéries pyogéniques peut le produire quand le terrain est préparé.

M. Roughton présente un cas où l'application, pendant une semaine de sublimé corrosif, guérit la pyorrhée, cela prouvant l'étiologie de la maladie.

b) Effets éloignés. — La septicémie est le plus grand danger à redouter après les opérations dans la bouche. Les germes pouvant, même au moment de l'opération, quand on fait les incisions, entrer directement dans la circulation.

Le suintement abondant de sérum des grandes surfaces ulcérées laissées par l'opération, offrant un milieu de culture plus étendu pour le développement des microbes. Les lésions des tissus diminuent leur vitalité, et, par conséquent, leur force de résistance à l'infection septique, et la perte de sang (toujours sérieuse dans les grandes opérations de la bouche), affaiblit l'organisme et le rend susceptible d'invasion par les microorganismes.

Même après l'extraction de dents et l'incision des gencives, la septicémie fatale s'est produite.

Non seulement une bouche en mauvais état peut être un foyer d'infection pour le sujet lui-même, mais aussi pour les autres patients, par les mêmes instruments imparfaitement nettoyés.

Des abcès, produisant la pyohémie chronique, des affections inflammatoires de la bouche et de l'oreille médiane, des abcès céré-

braux, et la pneumonie septique, peuvent être les résultats de l'inoculation d'une bouche infectée.

IV. Conclusions pratiques. — Une opération dans la bouche ne peut être aussi absolument sans danger d'infection septique, que dans un autre endroit. M. Roughton pense qu'avant d'entreprendre une opération dans la bouche, on devrait, si cela est possible, faire procéder à un examen sérieux des dents, par un chirurgien-dentiste, qui agirait en conséquence.

Immédiatement avant l'opération, quand le patient a été anesthésié, la bouche devrait être bien essuyée avec de l'ouate hydrargyrisée, et après l'opération, on doit faire des injections répétées avec un antiseptique plus anodin.

Les membres suivants ont été élus pour l'année 1893 :

Président : M. Bowman Mac Leod.

Vice-Présidents (résidents) : MM. T. C. Harding, Woodhouse, Morton Smale ; (non résidents), MM. Stack (Dublin), Balkwill (Plymouth), W. E. Harding (Shrewsbury).

Trésorier : M. S. Hutchingson.

Bibliothécaire : M. Ashley Gibbens.

Curateur : M. Storer Bennett.

Editeur des transactions : M. E. Lloyd-Williams.

Secrétaires honoraires : MM. W. Magg (Conseil), Cornélius Robbins (Société), J. Coyler (Correspondance étrangère).

Membres du conseil (résidents) : — MM. F. Bennett, Betts, Bonnell, Ackery, Underwood, Harry Rose, Davis, Trumon, Humby.

(Non résidents) : MM. Carter (Leeds), W. Woodburn (Glascow). Williamson (Aberdeen). Quinby (Liverpool), Amoore (St-Léonards), Wilson Hogg (Bornemouth), Campion (Manchester), J. Mekno Ackland (Exeter), J.-H. Mclall (Leicester).

CONGRÈS DENTAIRE DE CHICAGO

CHANGEMENT DE DATE DU CONGRÈS

Il résulte d'une communication du Secrétaire général aux journaux professionnels que le Congrès Dentaire se tiendra du lundi 14 août au samedi 19 inclusivement.

Il se tiendra au Palais des Arts et aura à sa disposition deux grandes salles capables de contenir chacune 3.000 personnes, et vingt petites pouvant contenir de 300 à 700 personnes.

NOMMINATIONS COMPLÉMENTAIRES

Président honoraire : E. Lecaudey.

Vices-présidents honoraires : Ch. Godon, Anjubault, H. Crignier, Touchard, Galippe.

Secrétaire honoraire : F. Ducournau.

Nous félicitons nos confrères de ces nominations.

La *Revue Internationale d'Odontologie* se trouve ainsi représentée dans le Congrès Dentaire de Chicago par MM. R. Chauvin,

P. Dubois, Ch. Godon, R. Héidé ainsi que par notre distingué collaborateur M. le docteur Hugenschmidt.

NOMINATION DE DEUX DÉLÉGUÉS PAR M. LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Nous apprenons, au dernier moment, que nos collaborateurs MM. Ch. Godon et Ronnet qui se préparent à aller à Chicago au mois d'août prochain pour assister au Congrès Dentaire universel qui doit y avoir lieu viennent d'être chargés par M. le ministre de l'Instruction Publique par un arrêté en date du 15 février 1893 d'une mission aux Etats-Unis à l'effet d'y étudier l'organisation et le fonctionnement des Ecoles et des Sociétés dentaires.

ACCOMMODATIONS DANS LES HOTELS POUR LE CONGRÈS

La *Dental Tribune* qui a pris l'initiative d'arrangements pour s'efforcer de donner tout le confortable possible aux confrères qui viendront soit pour la durée du Congrès ou à un autre moment, dit ceci :

Nous ferons ou ferons faire les arrangements nécessaires, *sans frais*, à une condition, c'est de *recevoir des indications exactes* de l'installation qu'on désire, longueur du séjour, prix offert, nombre de personnes, etc. En un mot, qu'on nous indique nettement ce que l'on désire, même les petits détails, pour éviter les malentendus.

A notre avis, il vaut mieux ne pas prendre d'arrangements pour les repas, comme sans doute ceux-là varieront suivant les demandes. Les chambres, comme prix, valent à partir de 1 dollar par jour.

Nous pensons pouvoir procurer des accommodations à partir de 2 à 3 dollars par jour pour une chambre occupée par deux personnes, cela faisant une dépense personnelle de 1 dollar à 1 dollar et demi par jour :

QUELQUES FAITS NOUVEAUX SUR LA COCAINE

Par M. P. Dubois

Sa toxicité. — *Des travaux récents ont jeté une nouvelle lumière sur les conditions d'application de la cocaïne, nous les résumons ci-dessous.*

La cocaïne en chirurgie, Th. de Paris, 1892, n° 266, par Jules Auber.

Si tous les auteurs de thèses traitaient leur sujet avec autant de conscience que M. Auber, la littérature médicale n'aurait pas de recueils plus précieux.

L'analyse des cas d'intoxication, la discussion des observations qui les relatent est la partie la plus importante de la thèse de M. Auber.

On sait que la cocaïne a été de quelque poids dans nos destinées et nos lecteurs se souviennent encore de cette séance mémorable où les dentistes étaient représentés comme des émules de la Brinvilliers. Nous avons, en la circonstance, manqué d'avocat.

Il était pourtant si facile de prouver que nous méritions plus que d'autres une ordonnance de non-lieu, et qu'après tout, la liberté de l'anesthésie locale n'avait guère de conséquences homicides.

Enfin nous avons été condamnés par défaut. Les électeurs de Puget-Théniers ne savaient pas nuire aux dentistes, et nous les étonnerions bien en leur disant que leur vote de septembre 1889, a eu pour nous des effets malfaisants.

Le procès ne peut être revisé il a été perdu devant l'aréopage politique, et c'est seulement devant le tribunal de l'opinion professionnelle que nous pouvons prouver que la cocaïne n'est pas dans nos mains, un produit aussi dangereux que dans celles des médecins, et qu'à y regarder de près, nous n'avons pas de victimes à notre charge.

La toxicité de la cocaïne serait, pour certains auteurs, considérable et le grand mérite de M. Auber est d'analyser méthodiquement leurs statistiques et leurs observations. Qu'on en juge par les citations suivantes. Elles sont longues, mais elles importent en la matière.

« Le Dr Roux dans la *Revue Médicale* de la Suisse Romande n'écrit-il » pas cette phrase : « *Le nombre d'empoisonnements mortels par la cocaïne* » *atteignait en octobre dernier le chiffre respectable de* 126. »

« C'est également dans le même ordre d'idées qu'un des membres de la Société de chirurgie, à la séance du 16 décembre 1891, déclare que M. Richardière a déjà eu à faire onze rapports médico-légaux sur les décès par cocaïne. M. Reclus, à la séance du 28 décembre de la même Société relève cette erreur : « M. Richardière n'a pratiqué qu'une autopsie, justement celle du malade de M. Berger, et le chiffre de onze qui a été prononcé se rapporte aux nécropsies connues et faites dans le monde entier.

Plus récemment encore à une assemblée politique, lors d'une discussion sur la pratique de l'anesthésie par les dentistes, qui donc de s'écrier : *Jusqu'à ce jour, trente cas de mort par la cocaïne sont relevés dans la littérature médicale* (p. 13).

A titre de document et pour l'histoire professionnelle, nous reproduirons l'observation du cas de mort arrivé chez M. Bouchart à Lille et le cas d'intoxication qui s'est produit dans un établissement que nous ne désignerons pas plus explicitement.

Tout d'abord voici le cas de M. Bouchart, on notera la fin de l'observation en ce qui concerne les constatations faites à l'autopsie.

Mlle X..., vint le 7 août 1890, prendre rendez-vous pour le lendemain vendredi, 8 août, à 7 heures du matin. Ce jour-là, je procédai à l'extraction de deux dents supérieures, après avoir préalablement fait deux piqûres externes et une interne avec une solution au centième ; ces dents étaient très branlantes, le succès fut complet. Après quelques minutes, ma cliente manifesta l'intention de faire extraire une troisième dent située à la mâchoire inférieure, côté gauche et aussi branlante que les premières ; j'injectai le reste de la cocaïne contenue dans ma seringue, et après quelque minute d'attente, j'enlevai la dent ; la malade ne saignant presque pas, je lui offris un peu d'eau tiède et un peu de café noir pour la remettre, rien ne laissait prévoir un accident ; ma

cliente paraissait très heureuse quoiqu'un peu émue, je la laissai aux bons soins de son oncle et allai lui chercher le café.

A mon retour je trouvai la jeune fille en syncope, je la couchai à terre après avoir préalablement desserré ses vêtements et son corset, je lui fis des frictions, des ablutions d'eau froide, en un mot, tout ce que la thérapeutique conseille. Des médecins appelés à la hâte renouvelèrent les mêmes soins ; ils firent en plus des piqûres d'éther, donnèrent du nitrate d'amyle, de l'oxygène et tout fut inutile, la malade succomba après une demi-heure de soins restés sans résultat.

Mais à l'autopsie, le médecin légiste trouva enroulée autour de la poitrine, une double corde à lessive que la malade, pusillanime, très pieuse et d'une dévotion très exaltée, avait serrée au point de l'incruster dans les chairs et qu'on ne put insinuer un scalpel entre la corde et la peau. Aussi les médecins experts, et les juges avec eux, ont-ils admis que, dans ce cas, la malade très effrayée, avait eu une syncope provoquée non par la cocaïne, mais par la peur, la syncope était devenue mortelle grâce aux difficultés particulières que cette double « discipline » créait à la respiration.

Quant au cas de MM. Brouardel et Vibert, qu'on compte trop souvent aussi comme cas mortel, il n'a pas eu d'issue fatale.

Voici (dit M. Auber) cette observation que M. le doyen de la Faculté de médecine a bien voulu nous permettre de publier :

Il s'agit d'une dame B... âgée de 32 ans, chez qui il serait survenu des accidents d'intoxication à la suite d'anesthésie cocaïnique pratiquée par M... Henri, et F... T... dentistes. A l'examen fait le 22 octobre 1891 par des médecins légistes, la dame B... déclare jouir habituellement d'une assez bonne santé. Elle est nerveuse, mais non pas à un degré très accentué ; elle n'a jamais eu, dit-elle, d'attaque de nerfs. Les ordonnances des divers médecins qui l'ont soignée pour quelques affections, d'ailleurs peu graves, ne témoignent pas que cette dame ait présenté jamais des désordres nerveux très marqués. Nous ajouterons qu'actuellement on ne trouve pas chez elle d'anesthésie ni d'autres stigmates d'hystérie. La dame B... fait remarquer qu'il y a neuf ans, à l'occasion d'un accouchement, elle a été endormie au chloroforme et que l'action de cet anesthésique a été exempte de toute complication.

Le 19 août dernier, la dame B... s'est rendue avec son mari au..... pour se faire soigner une dent.

L'opérateur lui a injecté dans la gencive de chaque côté de cette dent une demi-seringue ou une seringue entière (1 ou 2 centimètres cubes) de solution de cocaïne. Il a ensuite quitté sa patiente, en attendant que l'insensibilisation soit produite ; une minute à peine s'était écoulée que la dame B... a commencé à éprouver une malaise général qui a augmenté rapidement, à tel point qu'au bout d'un quart d'heure environ cette dame était persuadée qu'elle allait mourir et que son mari le croyait également. Autant qu'on peut en juger par les explications des deux époux, ce sont les troubles de la circulation qui ont constitué le trait dominant de la scène pathologique qui s'est déroulée à ce moment. Dès que la dame B,.. a commencé à se plaindre de malaise, sa face s'est congestionnée ; elle est devenue, au dire de son mari, violacée, « lie de vin » ; en même temps, ses yeux étaient saillants, hagards, les dents serrées, les lèvres écartées. Tantôt la dame B.,. ressentait des battements de cœur tumultueux, violents, désordonnés, et une oppression extrême ; tantôt il lui semblait que son cœur s'arrêtait : elle avait alors la sensation de la

mort prochaine, restait incapable de se mouvoir, de parler même, sans que cependant elle ait jamais perdu complètement connaissance. Elle n'a pas eu non plus de délire ni d'hallucinations. Elle tremblait, avait quelques légères convulsions partielles, mais sans aucun de ces grands mouvements désordonnés qui caractérisent ordinairement l'attaque d'hystérie.

Au bout d'une heure et demie, cet état s'est un peu amélioré. La dame B... a pu prendre le bras de son mari et descendre l'escalier ; elle est allée, en voiture, chez un médecin du voisinage, puis a regagné son domicile à Ville-d'Avray. Pendant tout le trajet, elle était prise de temps à autre de crises analogues à celle qui s'était produite....... mais beaucoup moins fortes et moins prolongées. Arrivée chez elle elle éprouvait une lassitude extrême, et le moindre effort occasionnait des palpitations de cœur et de l'oppression.

Ces palpitations ont continué le lendemain et les jours suivants, et actuellement encore la dame B... déclare qu'elle ne peut monter un escalier sans sentir son cœur battre, et sans étouffer. Au moment de l'examen de MM. Brouardel et Vibert, le pouls est régulier, non accéléré (86) non affaibli. On constate qu'il n'existe pas de lésions matériellement appréciables du cœur ou des gros vaisseaux, non plus que les poumons. La dame B... affirme qu'elle avait auparavant la respiration très facile, et que par exemple elle pouvait valser aussi longtemps qu'elle voulait.

D'après ce qui précède, il semble bien que la dame B. a été atteinte le 19 août dernier non pas d'une attaque d'hystérie, mais bien d'une intoxication par la cocaïne. Cette intoxication, en raison d'une certaine prédisposition de la dame B... a suscité des troubles nerveux, des *désordres de la santé peu graves* à la vérité, mais qui l'obligent cependant, aujourd'hui encore, à garder certains ménagements et à prendre quelques soins.

Enfin nombre de statistiques comptent parmi les morts dues à la cocaïne un cas relaté en les termes suivants par le *Médical and Surgical Reporter* du 17 janvier 1891. L'observation est intitulée : « Cas de Liller. »

Treizième cas de mort. — Cas de Liller (Dentiste).

M. Auber l'explique ainsi :

Voici ce qu'on lit dans *Médical and Surgical Reporter*, 17 janvier 1891.

Le *Journal für Zahnheilkunde* du 25 septembre 1890 rapporte un cas de mort survenu dans le fauteuil d'un dentiste, à la suite d'une injection de cocaïne dans la gencive, faite pour produire l'anesthésie nécessaire à l'extraction de racines dentaires. Le sujet était une femme de 29 ans, d'apparence parfaitement saine, mais très nerveuse. L'extraction fut indolore, et rien d'anormal ne s'observa tout d'abord.

L'opérateur alla chercher de l'eau pour le lavage de la bouche et à son retour il trouva sa cliente sans mouvement.

Des médecins appelés, essayèrent la respiration artificielle, mais sans succès. L'autopsie montra que trois injections avaient été faites, pour l'extraction de trois racines. La quantité de cocaïne avait été de *deux centigrammes* par injection, soit *six centigrammes* en tout.

Ce cas, où une dose de six centigrammes aurait déterminé, la mort nous avait paru suspect. Aussi avons-nous voulu nous informer au journal même où il avait été publié : *Journal für Zahnheilkunde*, 27 septembre 1890.

Or, voici ce dont il s'agit : Ce journal rapporte purement et simple-

ment un article publié dans l'*Odontologie*, vol. X, nº août, p. 356, 358, où il est question, en outre des cas de mort cités par Dufournier dans les *Archives générales de médecine*, du cas du dentiste Bouchard de Lille désigné sous le nom de « Liller Zahnarzt », « dentiste de Lille », dont on a fait le cas de Liller, dentiste. Et à ceci, pas le moindre doute possible ; en outre de l'identité des symptômes observés dans les deux cas, le nom même de la morte. Mlle Delcambre, est écrit en toutes lettres.

Le cas de Liller (dentiste) et le cas de Bouchard de Lille (dentiste) constituent donc un seul et même cas.

Et voilà comme on écrit l'histoire..... en toxicologie. N'insistons pas.

Il était vraiment nécessaire qu'on recherchа sérieusement le degré de toxicité de la cocaïne M. Auber l'a fait exactement et d'une manière péremptoire en dissipant les exagérations, en précisant à la lumière des faits les doses maxima.

La seconde partie de sa thèse sur le manuel opératoire est également à consulter ; les conseils pratiques y sont judicieux.

Aussi ne saurions-nous mieux faire que de reproduire ces conclusions *in-extenso* elles sont un excellent résumé de l'état actuel de la question.

Les dangers de la cocaïne ont été exagérés. Dans toute la littérature médicale, et nos investigations ont été des plus minutieuses il n'existe que seize cas de mort qu'on dit être dûs à la cocaïne. De ces seize cas, nous commençons par en éliminer trois : le cas du Dr Vinogradoff, qui n'est autre que celui de Kolomin ; le cas de Liller (dentiste) qui n'est autre que celui du dentiste Bouchard (de Lille) ; et le cas de MM. Brouardel et Vibert qui n'a pas eu d'issue fatale.

Restent 13 cas, dont deux doivent être écartés de prime abord : Ceux de Montalti et de Danford Thomas, où la mort, nous l'avons vu, survint à la suite non de l'*injection*, mais de l'*ingestion* de 1,50 et de 1 gr. 20 de cocaïne ; outre que ces doses, 150 centigrammes et 120 centigrammes sont vraiment folles, il s'agit ici d'empoisonnement par la voie buccale, qui n'a rien de commun avec notre chirurgie et notre pratique des injections. Nous supprimons également trois cas : cas de Long, de Doremus et de Baratoux, où il est question de pulvérisations et de badigeonnages. Les doses de médicament, énormes sans doute, sont restées inconnues, et nous nous bornerons à dire aux praticiens assez téméraires pour recourir à un mode d'emploi aussi peu scientifique que la cocaïne est un alcaloïde assez dangereux pour qu'on sache exactement avec quelle dose on sollicite l'organisme.

Le cas de Labbé, où la dose injectée est inconnue, rentre dans la même catégorie.

Plus donc que sept cas véritablement chirurgicaux et où la dose injectée dans les tissus ou mise en contact d'une séreuse ou d'une muqueuse est nettement déterminée. Dans ces 7 cas, nous en recusons 4 ; ceux de Zambianchi, Berger, Sims et Kolomin, où les quantités employées ont été respectivement 22 1/2, 40, 80 et 150 centigrammes.

Ces doses nous semblent tellement élevées que toute discussion nous parait oiseuse ; elles ont provoqué la mort et c'était presque justice.

Quant aux trois derniers cas, dont deux, selon nous ; cas de Knabe et de Abadie, il y a eu simple coïncidence entre la mort et l'anesthésie co-

caïnique, et dans le troisième celui de Bouchard (de Lille) la cocaïne a été reconnue innocente de la mort.

Pour ce qui est des cas d'intoxications simples, non mortels, ils sont plus terribles en apparence qu'en réalité. Les doses infinitésimales qu'on donne comme ayant été suivies d'accidents graves sont bien souvent inexactes.

De plus, si la cocaïne n'est pas aussi dangereuse qu'on le prétend, elle n'est pas non plus infidèle ; elle agit aussi bien sur les tissus enflammés que sur le tissu osseux ; elle produit une anelgésie suffisante pour permettre d'entreprendre presque la totalité des interventions chirurgicales réglées, ablation de tumeurs, hydrocèles, opérations, — intra-articulaires, désarticulations, laparotomie, gastrostomies, hernies étranglées, etc.

Elle constitue donc un excellent analgésique local, dont on ne saurait, sous aucun prétexte sérieux, proscrire l'usage dans la pratique chirurgicale.

Mais son mode d'emploi réclame un certain nombre de précautions qui sont de la plus haute importance et peuvent se résumer ainsi :

a) La dose de cocaïne injectée doit être proportionnelle à l'étendue de la surface à analgésier ; elle ne dépassera dans aucun cas huit à dix centigrammes, réservée aux grandes surfaces opératoires ;

b) Le titre de la solution sera de 2 0/0 dans les petites opérations ; et de 1 0/0 dans les grandes opérations ;

c) La cocaïne devra être injectée *dans l'intérieur* et non *sous* le derme des muqueuses ou de la peau. C'est la méthode *intradermique*.

On doit faire cheminer l'aiguille en même temps qu'on pousse le piston pour éviter de lancer la totalité de l'injection dans le calibre d'une veine.

d) Le patient *devra garder la position horizontale pendant et après l'opération* ; et ne pas être serré.

DE L'ANALGÉSIE PAR LA COCAINE EN CHIRURGIE COURANTE

Le Dr P. Reclus, qui s'est fait le défenseur de la cocaïne pour les opérations chirurgicales et qui l'a employée pour des opérations relativement graves ou douloureuses : cure radicale de l'hydrocèle, dilatation anale, castration, amputation de doigts, d'orteils, et même kyste de l'ovaire, dans ce cas avec addition de chloroforme inhalé, expose dans la *Semaine Médicale* le manuel opératoire et le dosage qu'il conseille.

Nous lui empruntons les passages suivants, qui ont un intérêt pratique considérable.

Un premier point, le plus important peut-être pour la sécurité opératoire, est le titre de la solution. Nous savons, par nos conversations et par nos lectures, qu'on a recours à des solutions de cocaïne à 5, à 10, à 20 0/0 même. Je ne saurais trop protester contre cet abus : l'examen attentif des accidents relevés dans les auteurs m'a prouvé que le titre de la solution joue un rôle au moins égal à celui de la dose injectée, et j'aimerais mieux faire pénétrer dans l'organisme 0 gr. 20 centigr. de cocaïne à 1 0/0, c'est-à-dire noyés dans 20 grammes d'eau, que 0 gr. 10 centigr. à 1/5e, c'est-à-dire dilués seulement dans 1/2 gramme de liquide. Je ne vous donnerai point une explication physiologique de cette influence de la dilution, mais j'en affirme la réalité et j'en tire immédiatement cette conclusion pratique : n'employez jamais que les solutions à

2 et à 1 0/0 ; la solution à 2 0/0 vous servira dans les petites interventions chirurgicales lorsque une, deux, trois seringues de Pravaz au plus vous suffiront pour couvrir votre champ opératoire ; la solution à 1 0/0 sera réservée aux dissections plus étendues et lorsque quatre, six, dix, quinze seringues de Pravaz seront nécessaires pour anesthésier la région.

Lorsque la solution est à 2 0/0, la seringue de Pravaz contient, dans son gramme de liquide, deux centigrammes de cocaïne, un seul centigramme lorsque la solution est à 1 0/0. Aussi les comptes sont faciles et l'on sait la dose que l'on injecte. Celle-ci ne devra jamais atteindre 0 gr. 20 centigr. : en effet, il existe une obervation où la mort aurait été la conséquence d'une injection de 0 gr. 22 centigr. ; l'auteur est muet sur le titre de la solution ; je m'imagine que dans ce cas elle devait être très concentrée. Mais je ne discute pas le fait, je l'accepte sans commentaire et, pour éviter tout danger, je conseille de ne pas atteindre la dose totale de 0 gr. 20 centigr. d'une solution à 1 0/0. D'ailleurs, que vous importe ? Bien rares sont les interventions où 0 gr. 15 centigr. sont nécessaires ; j'ai pratiqué des amputations d'avant-bras, des sutures de la rotule, l'extirpation d'une tumeur de 57 centimètres de tour et plusieurs laparotomies, et je n'ai jamais dépassé la dose de 0 gr. 17 centigr. qui laisse toute sécurité. — Aussi je résume ce qui a trait au titre de la solution et à la dose par cette courte phrase : vous ne vous servirez jamais que de solutions à 1 0/0 ou à 1/50e, vous ne dépasserez jamais la dose de 0 gr. 15 à 0 gr. 20 centigr., solution et dose absolument suffisantes pour pratiquer, avec une analgésie parfaite, d'importantes opérations.

Avant d'aborder la technique de l'injection, j'ajouterai quelques menus détails. Et d'abord vous n'opérerez le malade que dans la position horizontale ; vous éviterez ainsi les syncopes que les dentistes ont si souvent notées chez leurs patients toujours assis. Dans mes nombreuses interventions, j'ai parfois toléré que l'individu restât sur sa chaise pour des ablations de kystes salivaires, des lèvres, de loupes du visage ou du cuir chevelu, de cancroïdes de la joue et du front, pour l'extraction de dents de sagesse, et dans ces cas seulement j'ai observé la pâleur de la face et la tendance à l'évanouissement. Récemment encore j'ouvrais et je grattais, à la curette tranchante, un Grec de Smyrne que nous avait amené un de nos externes de Brousais ; je le laissai assis après avoir averti mes élèves de la syncope possible. En effet, vers la fin de l'opération, la défaillance s'annonçait, qui se dissipa dès que l'opéré fut placé sur un lit. Mais jamais, dans le décubitus horizontal, que la solution soit à 1 0/0 ou à 1/50e, que la dose injectée soit inférieure ou supérieure à 0 gr. 10 centigr., je n'ai observé la syncope. Cependant j'ai coutume, au cours de l'opération, de faire boire quelques gorgées de liqueur ou de café à mon opéré et si j'interviens, sans tenir compte de l'état de vacuité ou de réplétion de l'estomac, je préfère cependant que le malade ne soit pas à jeun.

Les doses massives de 15 et 20 centigrammes ne pourraient être employées par nous, et elles ne peuvent servir que pour les opérations sur le tégument, quand la cocaïne est presque aussitôt expulsée avec le sang s'écoulant à la suite de l'incision du bistouri.

On notera aussi la nécessité de la position horizontale. Il en résulte que, quand le praticien se sert de la cocaïne, il doit être guidé dans le placement de son malade non seulement par les facilités

opératoires, mais encore par les susceptibilités de syncope que la cocaïne crée.

Enfin le degré de concentration de la solution est encore une indication importante.

NOUVEAU MODE D'EMPLOI DE LA COCAINE EN CHIRURGIE

M. le docteur Courtin (de Bordeaux) préconise un nouveau mode d'emploi de la cocaïne en chirurgie, consistant dans l'imprégnation des tissus cruentés avec la solution de cocaïne. Voici comment notre confrère procède : il fait usage de l'éther sulfurique en pulvérisations avec l'appareil de Richardson jusqu'à congélation des tissus; ceci fait il pratique la section de la peau au bistouri et au moyen de petites éponges stérilisées trempées dans une solution de cocaïne à 1 gramme pour 30 grammes d'eau distillée, il fait un badigeonnage des parties cruentées, qu'il pratique un certain nombre de fois suivant la durée de l'opération.

Sous l'influence de ces badigeonnages, M. Courtin a noté une coloration vermillon de l'épanchement sanguin et une abondance un peu plus considérable de l'écoulement du sang.

Avant de pratiquer les sutures il a le soin de faire un dernier badigeonnage des surfaces cruentées de la peau, de façon à éviter la douleur des points de suture.

S'il s'agit d'une tumeur siégeant sous une muqueuse, il remplace les pulvérisations d'éther par un badigeonnage, de cinq minutes de durée environ, de la surface de la muqueuse avec la même solution de cocaïne et il procède de la même façon que dans le premier cas pour l'énucléation de la tumeur.

Il réduit ainsi au minimum le pouvoir d'absorption de la substance médicamenteuse, qui est entraînée en grande partie par l'écoulement sanguin.

Notre confrère bordelais a pu enlever ainsi, sans douleur, un lipome de la nuque, gros comme un œuf de poule, une loupe de cuir chevelu, un autre lipome de la paroi abdominale et un kyste dermoïde du volume d'une mandarine occupant le plancher de la bouche. Dans aucun cas il n'a observé d'accidents, et la réunion primitive des plaies de la peau a été obtenue.

(*Gazette Médicale.*)

LA TROPACOCAINE

La tropacocaïne a été isolée par M. Giesel, chimiste allemand, de la Coca du Japon ; le corps obtenu par lui est identique avec la tropacocaïne ou benzoyl-pseudotropéine qu'a obtenue Liebermann par voie synthétique.

Le chlorhydrate de la tropacocaïne de Liebermann constitue un puissant analgésique local, beaucoup moins toxique que la cocaïne ; son action anesthésique se manifeste plus rapidement que celle de la cocaïne, et ses solutions aqueuses s'altèrent moins vite que celles de cocaïne.

Dans la pratique ophtalmologique, l'analgésie tropacocaïnique

dure moins longtemps que celle produite par la cocaïne ; on peut remédier à cet inconvénient en instillant dans l'œil, de temps en temps, une nouvelle goutte de solution.

Une ou deux gouttes d'une solution à 3 0/0 de chlorhydrate de tropacocaïne, instillées dans l'œil, suffisent pour l'anesthésie opératoire.

(*Gaz. des Hôpitaux.*)

NOUVELLE RÉACTION DE LA COCAINE

Kuborne.

On met dans une petite capsule de porcelaine une petite quantité de cocaïne avec quelques gouttes d'acide azotique de densité = 1.40 n évapore à siccité au bain-marie ; après refroidissement, on ajoute une goutte d'une solution de potasse caustique dans l'alcool éthylique, ou mieux dans l'alcool amylique ; on chauffe au bain-marie, et on voit apparaître une coloration violette.

On observe la même réaction avec l'atropine ; mais, avec cet alcaloïde, elle se produit à froid, tandis que, avec la cocaïne, il est nécessaire de chauffer.

(*Pharmaceutische Centralhalle*, XXXIII, 1892, page 411.)

LA COCAÏNOMANIE

Malgré la date récente de l'introduction de la cocaïne en médecine, il y a aujourd'hui des cocaïnomanes comme il y a des morphinomanes. Ces personnes recherchent, dans l'usage habituel de ce poison, l'excitation cérébrale, des impressions nouvelles et une sorte d'ivresse analogue à celle qu'aiment à se procurer les fumeurs d'opium. Au début on les rencontrait chez les dentistes (cas de Déjerine); souvent ce sont les mêmes sujets qui passent de la morphine à la cocaïne ou qui les associent. Mais les psychiatres qui ont rencontré quelques-uns de ces cas sont d'accord pour déclarer que la cocaïne est un toxique bien plus redoutable que la morphine par la rapidité des désordres intellectuels (hallucinations, délire des persécutions), des désordres moteurs, des désordres sensitifs dont les plus caractéristiques sont des troubles de la sensibilité cutanée (impressions de petits insectes sous la peau que le sujet cherche à enlever avec des aiguilles).

Ces troubles s'exaltent le soir à la période hypnagogique. A ces troubles il faut ajouter : la perte d'appétit, de sommeil, le marasme, des vertiges, des syncopes, des attaques épileptiformes qui en forment le cortège ordinaire. (Saury, Séglas) (*Lyon médical*, d'après la *Revue des Sciences médicales.*)

LA RÉVOCATION DE MEMBRES DU CORPS ENSEIGNANT DE L'ECOLE DENTAIRE DE PARIS JUGÉE PAR UN AMERICAIN

Nous sommes fiers des appréciations bienveillantes du confrère américain inconnu de nous qui a écrit l'article suivant. Nous n'avons rien fait pour les provoquer et c'est même par mégarde qu'un exemplaire de notre brochure a été envoyé en Amérique, le service

n'en ayant été fait qu'aux membres de l'Association. Cette appréciation objective et sans considération de personnes aura, nous l'espérons, pour les esprits non prévenus une autorité indiscutable et c'est à ce titre que nous la reproduisons.

On voit bien que la profession dentaire forme une grande famille et il est bien curieux de constater qu'un événement affectant une Ecole dentaire française a du retentissement en Amérique.

Ce serait faire injure à M. Randorf de le remercier de son jugement ; pourtant nous ne pouvons nous dispenser de lui transmettre, au nom de la Rédaction de la *Revue Internationale*, nos sentiments sympathiques.

P. D.

LA SCISSION DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Par le Dr Georges Randorf

Il est bien regrettable que la division qui existait à l'Ecole dentaire de Paris depuis les élections du Conseil de direction en 1890, soit maintenant officiellement irrévocable, et que huit des meilleurs professeurs aient été révoqués de leur service par la direction actuelle de cette grande institution.

M. Paul Dubois, ancien directeur de l'*Odontologie*, et qui publie maintenant la *Revue Internationale d'Odontologie*, vient de faire paraître une brochure intitulée « La Révocation de huit membres du corps enseignant de l'Ecole dentaire est-elle justifiée? » L'habile professeur s'efforce de montrer que non.

La cause donnée par la présente administration de l'Ecole est que les huit professeurs, sous la direction de l'ancien président[1], ont ancé un journal qui, par son aspect et d'autres signes, porte ombrage aux intérêts de l'organe « officiel » de l'administration, lui faisant concurrence et essayant de s'y substituer. Il paraît qu'une offense à l'organe officiel de l'administration constitue une injure à l'Ecole elle-même, et de là le Conseil a déclaré qu'il y avait incompatibilité entre les fonctions de professeur, chef de clinique, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris et les qualités de directeur-gérant, secrétaire, membre du comité de rédaction et autres titres du journal la *Revue Internationale d'Odontologie*.

Comme alternative, les professeurs MM. Blocman, Chauvin, Dubois, Godon, Héidé, Papot, Prével, Roy sont invités à envoyer une renonciation écrite de leur collaboration audit journal ou de cesser de faire partie du corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris.

La réponse de professeurs quasi-excommuniés fut qu'ils avaient le droit indiscutable de publier leurs opinions où ils voulaient ; qu'ils avaient fondé ce journal dans l'intérêt de la science et de l'art dentaires, que beaucoup d'autres suivraient leur exemple, que l'art dentaire n'y perdrait rien, mais gagnerait au contraire comme in-

[1] Notre traduction étant littérale, nous ne nous sommes pas cru autorisés à rien changer au texte.

fluence et dignité par l'augmentation et le développement des journaux traitant d'art dentaire, que c'est une grave erreur de croire que leur journal tend à faire déchoir l'organe officiel et qu'au cas où leur nouveau journal se substituerait vraiment au plus ancien, il ne faut pas croire que l'intérêt de ce journal est lié avec l'institution qu'il représentait, que la devise de l'Ecole dentaire de Paris étant « Union et Progrès » ils pensent entrer dans l'esprit de cette devise.

Tel est l'aspect du cas vu par un juge impartial, et sans aucun doute les dentistes de notre côté de l'Atlantique s'intéresseront au dénouement de cette étrange querelle.

L'auteur de ces lignes ajoutera seulement, qu'à sa connaissance, c'est la première fois, dans le monde scientifique français, depuis quarante ans, que les membres d'une Faculté aient été mis au ban pour avoir des opinions différentes, ou les avoir exprimées à leur manière.

Le cas en question alors était celui d'un professeur des hautes mathématiques à l'Ecole Polytechnique, M. Auguste Comte, qui perdit sa position pour avoir exprimé ses opinions dans son ouvrage. *La philosophie positive.*

BIBLIOGRAPHIE

De la constriction permanente des mâchoires, par Briton. Thèse de Paris, 1892. N° 195.

Depuis la traduction du travail de Schulten : *De l'ankhylose de la mâchoire inférieure et de son traitement*, par MM. Petit et Thomas il a été publié peu de travaux aussi étendus sur la constriction permanente des mâchoires.

Comme le titre l'indique le trismus passager, complication banale des affections dentaires et buccales est délaissé par M. Briton qui ne s'occupe que de la constriction permanente. Quoique celle-ci soit assez rarement d'origine dentaire sa connaissance n'en a pas moins de l'intérêt pour le dentiste.

L'auteur a réuni 122 observations, discuté complètement les questions d'étiologie et de traitement et tous ceux qui veulent étudier la question ne sauraient consulter d'exposé plus actuel et plus complet.

A Manual of the Dental Laboratory by Ch. Hunter *London Baillière. Tendall and Cox* 1892.

Puisque la connaissance de la partie prothétique de notre art va en s'abaissant, puisque les jeunes dentistes dédaignent cette partie essentielle de la profession on ne peut qu'applaudir à des publications sur la matière.

Nous souhaiterions pourtant que ceux qui en traitent adoptent un cadre un peu plus vaste que M. Hunter.

Consacrer un volume à la description des outils d'atelier n'est pas une addition bien considérable à la littérature professionnelle, il est vrai que dans quelques chapitres l'auteur fait des incursions sur le terrain de la prothèse proprement dite. Elles n'ajoutent que peu au mérite du volume.

Pour le *continuous gum* l'auteur renvoie à Verrier et à Haskell; pour les couronnes et le *bridge work* il se contente de faire des objections banales, tout en déclinant sa compétence; c'est trop ou pas assez.

Sur l'outillage même, nous regrettons certaines lacunes ainsi les articulateurs ne sont représentés que par un modèle.

Malgré cela pour les dentistes qui n'ont qu'une vague idée du laboratoire le livre de M. Hunter ne sera pas sans profit.

Les illustrations nombreuses qu'il renferme en donneront un semblant de représentation, les conseils judicieux qu'il donne méritent d'être connus de tous. Ces qualités lui assurent un succès relatif.

Note Book for Dental Students. (Dental Anatomy and Physiology) by James F. Rymes. 2me *édition. London Ash and Son* 1892.

Ce petit opuscule de 66 pages renferme des notions utiles. Etant donné le cadre restreint l'auteur aurait pu donner un peu moins de place, la moitié du volume, à l'anatomie comparée, et plus à la physiologie et principalement à la formation du follicule dentaire qui y est à peine indiqué. Ces matières pourtant ont plus d'intérêt pour le dentiste que le système dentaire de l'*Homalodontothérium*.

On est agréablement surpris que ce résumé en soit à la seconde édition. Cela fait honneur au public anglais, et semble prouver que chez nos voisins, il existe un grand appétit pour tout ce qui touche à la science professionnelle. Nous les en félicitons. Puisqu'il en est ainsi, pourquoi ne pas leur offrir un travail plus fouillé sur l'anatomie et la physiologie dentaire humaines, tout en gardant au *volume* son caractère de memento.

P. D.

La *Revue illustrée de Polytechnique médicale* publie dans son n° de janvier, un résumé de l'article de notre collaborateur M. Foulon sur l'Electrothérapie dentaire sous la signature du Dr Foveau de Courmelles dont les travaux sur la matière font autorité. L'article se termine par les réflexions suivantes :

L'électrothérapie dentaire est donc créée. Après les applications médicales et chirurgicales portées un peu partout dans l'organisme humain, la bouche vient aussi d'y être soumise, on le voit avec le plus grand succès. La *Revue de Polytechnique médicale et chirurgicale* s'est imposé pour mission d'indiquer les méthodes nouvelles en thérapeutique, les instruments et les procédés récemment découverts. Alors même qu'un fait encore inconnu semble insignifiant, il lui incombe le devoir de le signaler, car l'avenir en fait parfois découler des conséquences fécondes et intéressantes. L'électrothérapie dentaire constitue une méthode nouvelle, un ensemble de moyens curatifs puissants, et il était de notre devoir de la signaler. Nous n'y avons pas manqué. Que la théra-

peutique s'enrichisse et se vulgarise, et nous nous déclarerons satisfaits de nos efforts.

Dr Foveau de Courmelles.

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

DAVIERS A BRANCHES DÉMONTABLES DE COLLIN

La nécessité de l'antisepsie a fait renouveler l'arsenal opératoire. Aux manches en ivoire finement sculptés et guillochés, on a substitué des instruments à manche lisse en métal. Les daviers ne pouvaient échapper à la transformation. M. Collin l'a réalisée en

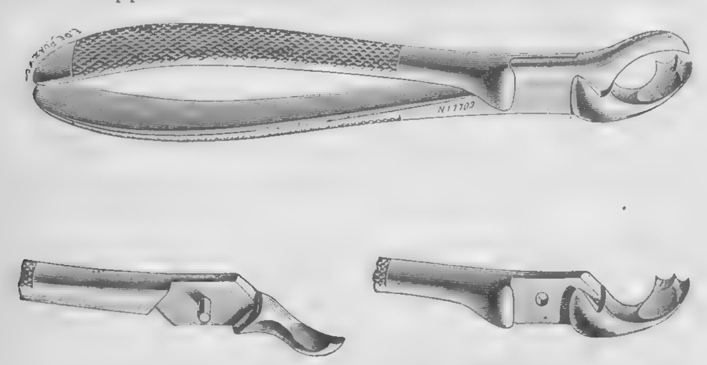


Fig. 1. — Pince complète et démontée.

supprimant la vis, en utilisant un mode d'articulation spéciale « l'articulation Collin » déjà employée pour nombre d'instruments de chirurgie.

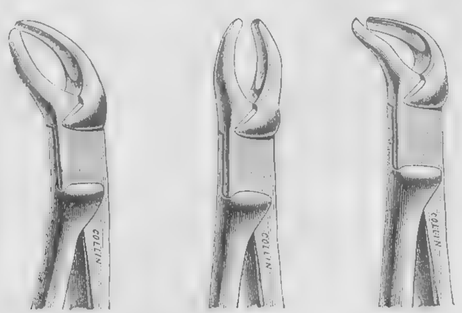


Fig. 2. — Pinces à racines.

Comme la figure l'indique, elle consiste en un pivot d'acier et en deux ailettes qui maintiennent en bonne direction la pince pendant

le fonctionnement, tout en rendant facile le démontage pour le nettoyage et la stérilisation de l'instrument.

Cette heureuse modification aura peut-être d'autres conséquences, si le constructeur donne des dimensions semblables aux parties

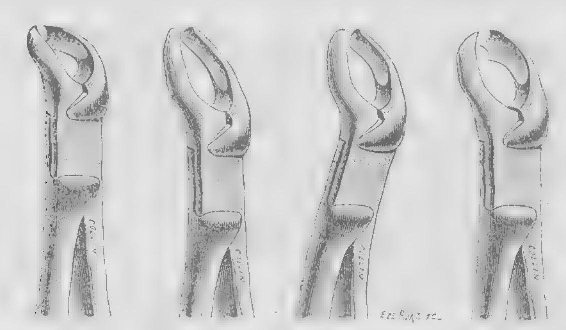


Fig. 3. — Pinces à molaires.

articulantes de ses daviers, alors il sera possible d'associer pour les cas difficiles des branches de daviers différents, et atteindre, grâce à ce changement, des parties de racine hors de prise avec la branche ordinaire.

Cette modification ainsi que les détails d'exécution de ces daviers font honneur à la fabrication française et nous serions heureux que cette partie de notre instrumentation redevint industrie française.

SERINGUE STÉRILISABLE

DE M. LE PROFESSEUR DEBOVE

Le corps de cette seringue est formé d'un tube en cristal gradué en centimètres cubes, et exactement calibré intérieurement.

Le piston est constitué par des rondelles d'amiante comprises entre deux plaque métalliques. Le bouton B sert à faire varier la compression de ces rondelles de manière à régler le contact qu'il convient d'établir entre le piston et le corps de la seringue.

Deux douilles métalliques mobiles et indépendantes s'adaptent aux extrémités du tube en cristal :

L'une, la douille D, présente un prolongement conique C destiné à recevoir l'aiguille.

L'autre, la douille A, présente un prolongement cylindrique creusé de deux rainures R et dont on verra l'usage plus loin.

La seringue est complétée par une armature métallique extérieure mobile, complètement indépendante, formée de deux tiges parallèles réunies d'un côté par un levier L, de l'autre par une plaque échancrée.

La solidarité de toutes les pièces constituant la seringue est obtenue à l'aide de cette armature de la façon suivante :

Les deux douilles étant mises au contact du tube de cristal, l'ar-

mature est reliée à la douille A en engageant dans les rainures R les saillies que présente intérieurement la fourche du levier. Celui-ci étant placé perpendiculairement à l'axe de la seringue, la plaque

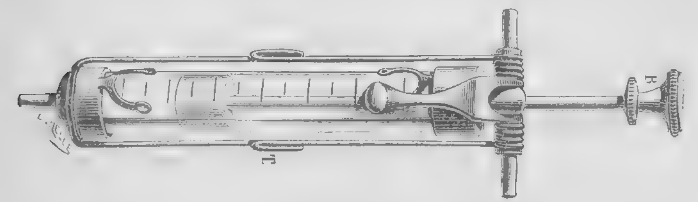


Fig. 1.

échancrée est mise au contact de la douille D qu'elle doit embrasser complètement.

En abaissant alors le levier L, on détermine une tension énergi-



Fig. 2.

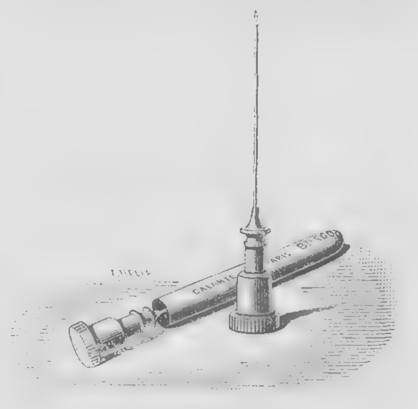


Fig. 3.

que des tiges latérales de l'armature qui a pour effet d'appliquer fortement les douilles sur le corps de la seringue qui se trouve ainsi montée et prête à être utilisée.

En agissant sur le levier en sens contraire, l'action de l'armature cesse. La seringue est instantanément démontée pour être stérilisée de la manière suivante :

Après avoir enlevé complètement l'armature et fait glisser les douilles, sans cependant leur faire abandonner le cylindre de cristal, la seringue est placée (sans son armature) dans un récipient quelconque contenant de l'eau à la température ambiante, qu'on porte à l'ébullition pendant un temps déterminé.

La seringue est sortie de l'eau en la tenant par l'extrémité B, les douilles sont ramenées au contact du tube de cristal. Ceci fait, il suffit, pour monter l'instrument, de relier l'armature à la douille A et d'abaisser le levier comme cela a été indiqué plus haut.

NÉCROLOGIE

OBSÈQUES DU DOCTEUR THOMAS

Nous annonçons d'autre part la mort de notre regretté maître et ami le docteur L. Thomas, bibliothécaire adjoint à la Faculté de médecine, professeur à l'Ecole Dentaire de Paris, officier de l'Instruction publique, chevalier de l'ordre de Gustave Wasa.

Le dimanche 5 février, le docteur Thomas qui ne ressentait aucune indisposition avait quitté sa famille après déjeuner pour faire une promenade en compagnie d'un de ses amis M. Roger. Les deux amis, qui étaient en bicyclette, avaient dirigé leur promenade du côté du bois de Vincennes, lorsque M. Thomas fut pris d'un malaise qui l'obligea à s'asseoir sur un banc; il pria M. Roger de lui chercher une voiture ; lorsque son ami revint quelques instants après, il le trouva mort.

Inutile de décrire la douleur des siens et de ses amis accablés par la mort foudroyante de ce savant modeste qui n'avait que des amis parmi tous ceux qui le connaissaient.

Ses obsèques ont été célébrées le 8 février au milieu d'une assistance considérable. Ses amis, ses élèves étaient venus en foule rendre un dernier hommage à ce savant, à cet homme de bien.

Le char funèbre était surchargé de couronnes et de fleurs offertes par ses amis, le Conseil de Direction et le corps enseignant de l'Ecole Dentaire de Paris, les employés de la bibliothèque de l'Ecole de Médecine, etc., etc. Les rédacteurs de la *Revue Internationale d'Odontologie* avaient envoyé à leur regretté ami une couronne de fleurs naturelles. Les élèves de l'Ecole Dentaire de Paris avaient offert une immense couronne qui était portée par quatre d'entre eux.

Les cordons du poêle étaient tenus par M. Roger, avocat à la cour d'appel, M. le Dr Hahn, bibliothécaire à la Faculté de médecine, M. Lecaudey, directeur honoraire, et M. Poinsot, directeur de l'Ecole Dentaire de Paris. Dans le cortège nous remarquons les Drs Ollivier, médecin de l'Hôpital des Enfants malades, Coupard, Aubeau, Marié, etc., etc. ; les membres du corps enseignant, le Conseil de Direction et les élèves de l'Ecole Dentaire de Paris.

L'inhumation a eu lieu au cimetière du Père-Lachaise.

Au cimetière, M. le Dr Hahn a adressé un dernier adieu au docteur Thomas au nom de la Faculté de médecine, en disant combien sa perte y serait sensible à tous. M. Poinsot a parlé au nom de l'École dentaire de Paris ; il a rappelé quel homme de bien avait été le docteur Thomas, l'énergie qu'il avait dû déployer pour triompher des nombreuses difficultés qu'il avait rencontrées dans sa vie si modeste et si bien remplie. Il a rappelé sa bonté, son amour de l'humanité et de la justice, puis il a parlé de son rôle à l'Ecole dentaire : comment, en 1879, il s'intéressa à cette œuvre d'initiative pri-

vée, il s'enthousiasma pour cette Ecole dont l'idée créatrice répon-ne lui donnerait aucun avantage. Pendant 13 ans il a donné son concours à l'Ecole, se prodiguant sans compter. Aussi dans une séance solennelle le Conseil de direction de l'Ecole dentaire lui a-t-il décerné une médaille d'or. Ce n'était pas seulement un professeur, c'était un conseiller sage et par dessus tout un honnête homme qui, chose rare n'avait pas un ennemi. Il prenait des jeunes gens sans fortune auxquels il s'intéressait, les instruisait, les poussait et leur permettait d'arriver à des situations enviés des plus fortunés.

Il n'avait qu'un désir : aplanir les différends qui s'étaient élevés entre nous et reconstituer cette homogénéité qui faisait son bonheur et qui, espérons-le se fera par la suite, remplissant ainsi son vœu le plus cher.

M. Bassot a parlé au nom des élèves de l'Ecole dentaire. « Le docteur Thomas, a-t-il dit, était un père pour nous ; il abandonnait à notre profit un temps qu'il eût pu employer pour la science ; que tous sachent que son souvenir restera gravé au plus profond de notre cœur. »

M. R.

COMITÉ DE SOUSCRIPTION POUR ÉLEVER UN MONUMENT A LA MÉMOIRE DU Dr THOMAS

Nous sommes heureux d'apprendre la constitution d'un comité de souscription pour élever un monument à la mémoire de notre regretté ami.

Il est ainsi constitué :

Dr Péan, président honoraire.

Dr Lecaudey, président.

MM. Godon et Poinsot, vice-présidents.

M. Viau, trésorier.

MM. Francis Jean et Martin, secrétaires.

Adresser les souscriptions à M. Viau, 47, boulevard Haussmann.

VICTOR LECAUDEY

Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. V. Lecaudey, frère du Directeur honoraire de l'Ecole dentaire de Paris. Quoique n'ayant pas participé activement à l'œuvre de l'Ecole dentaire, notre confrère était de ceux qui lui furent sympathiques dès la première heure et il figura parmi les membres fondateurs.

Sa longue vie de travail, sa probité professionnelle le feront regretter de tous ceux qui l'ont connu.

F. BERGGREN

Un des dentistes les plus distingués des pays scandinaves, M. F. Berggren, vient de mourir. Il était né en 1837 et fut reçu dentiste en 1864.

Ancien président de la Société des dentistes de Stockholm, il a contribué de toutes ses forces à l'élévation de l'art dentaire, faisant

bon marché de son temps et de son argent pour réunir des spécimens d'intérêt professionnel. Un musée dentaire porte son nom.
Il fut le dentiste de la cour du feu roi Charles XV et du roi actuel de Suède et Norvège Oscar II.

R. H.

CORRESPONDANCE

Nous avons reçu un certain nombre de lettres en réponse à l'article: *L'organisation de l'enseignement de l'Art dentaire.* S'il nous était possible de les publier, on se rendrait compte qu'on commence à se préoccuper de divers côtés de la situation que la nouvelle loi va faire aux écoles dentaires. Nous regrettons surtout de ne pouvoir publier la plus importante.

Un certain nombre de nos correspondants nous posent des questions analogues à celles de la lettre ci-dessous.

Afin de répondre à des préoccupations générales nous l'insérons ainsi que notre réponse.

N. D. L. R.

Le Havre, 3 février 1893.

« Monsieur,

» J'ai lu avec intérêt dans le dernier numéro de votre excellente *Revue*, l'article intitulé: *La Réforme de l'Art dentaire.*

» Je serais heureux d'avoir quelques renseignements supplémentaires.

» 1° Relativement au dentiste autorisé. L'anesthésie LOCALE lui est-elle absolument interdite, même pendant le temps où le jury d'examen qui doit lui permettre de devenir chirurgien-dentiste ne fonctionnera pas encore?

» 2° Le chirurgien-dentiste aura-t-il droit de procéder à l'anesthésie GÉNÉRALE ou à l'anesthésie LOCALE seule?

» 3° A quelle époque auront lieu ces examens?

» 4° Quels sont les meilleurs ouvrages à consulter sur l'anesthésie? »

RÉPONSE

« 1° Le dentiste possédant le diplôme d'État pourra pratiquer l'anesthésie locale; mais celui exerçant en vertu des dispositions transitoires ne pourra s'en servir.

» Il est probable cependant que tant que le jury d'examen ne sera pas constitué et ne fonctionnera pas il y aura une certaine tolérance à cet égard;

» 2° Le chirurgien-dentiste pourra pratiquer l'anesthésie générale s'il possède le nouveau diplôme;

» 3° Les examens auront lieu au plus tôt à la fin de l'année 1893;

» 4° Les ouvrages à consulter sur l'anesthésie sont:

» *Le Traité d'anesthésie chirurgicale de Rottenstein*, chez Alcan.

» *Les Anesthésiques*, par Dastre, chez Masson.

» *Les Anesthésiques en chirurgie dentaire*, de Paillasson.

» Le mot anesthésie du Dr Aubeau, dans l'*Aide-mémoire du chirurgien-dentiste*, par MM. Dubois, Drs A. Aubeau et L. Thomas, première édition. »

NOUVELLES

Nous venons de recevoir le premier numéro de « *Odontologisk Tidschrift* », un nouveau journal trimestriel qui paraît à Stockholm.

D'après la préface, il sera traité toutes questions importantes qui sont à jour et qui intéressent le monde dentaire. Science technique et déontologie y auront leur place et la direction emploiera tous ses efforts pour que l'art dentaire obtienne sa place bien méritée parmi les spécialistes de la médecine. On y trouvera des articles d'une certaine valeur scientifique, sans pour cela que le côté pratique de l'odontologie soit négligé.

Le nom de M. Golberg comme rédacteur en chef nous est une garantie que ce journal deviendra un recueil de valeur. Nous lui souhaitons la bienvenue et nous nous proposons de suivre attentivement, grâce à lui, le mouvement dentaire en Scandinavie.

R. H.

L'INSTITUT DENTAIRE DE GOTHEMBOURG

V. Bensow et Llj. Carlson, Directeurs.

Nous avons sous les yeux la brochure annuelle de cette institution qui vient d'atteindre sa quatrième année et dont la prospérité est croissante. Cette publication relate la quantité et la nature des opérations faites, elles sont de plus en plus nombreuses. Nous y remarquons quelques détails intéressants.

En ce qui concerne les anesthésiques le bromure d'éthyle a la préférence à l'Ecole de Gothembourg.

Dans l'exposé sur cette question il est dit qu'avec le bromure d'éthyle, la narcose arrive rapidement, l'excitation est rare, le réveil prompt et sans suites désagréables, les maux de tête et les vomissements étant exceptionnels.

Le sommeil n'est pas de longue durée il est vrai, mais les opérations dentaires ne le réclament pas non plus. Exceptionnellement on administre le chloroforme.

Le pental tant vanté a été aussi expérimenté mais il est bien inférieur au bromure d'éthyle à plusieurs points de vue. Le pental amène une excitation cardiaque même inquiétante, l'administration n'est pas aussi facile et l'excitation de début se produit souvent.

R. H.

Le *Dental Tribune* prend l'initiative d'une pétition à M. Cleveland, président de la République des Etats-Unis, pour lui demander d'ouvrir lui-même le Congrès dentaire de Chicago.

La ville de New-York va avoir un nouveau collège dentaire qui portera le nom de « *Ecole dentaire de New-York* ».

Les représentants des différentes sociétés dentaires de Chicago, nommées pour s'occuper de la réception des dentistes qui viendront au Congrès, se sont réunis deux fois la semaine dernière.

La septième session du Congrès français de Chirurgie s'ouvrira le lundi de Pâques 3 avril, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Lannelongue.

Le comité central du onzième congrès médical international, qui aura lieu à Rome du 24 septembre au 1er octobre 1893, a décidé définitivement de réserver une section à l'art dentaire.

Elle portera la rubrique « Section XII, Odontriatry. » Voici la liste des membres italiens du comité d'ordre : Professeurs : L. Caneras, P. Cianchi, Ph. Giurda et C. Platschick ; Docteurs : C. Campani, A. Coullians, A. Comusso, J. Garelli, E. Macabruni et L. Martini. Toute demande pour le congrès doit être adressée au secrétaire général du congrès. Professeur Maraglioni, Clinaca médica, Ospedale de Pommatone Genoa Italia.

MORT D'UNE FEMME DENTISTE QUI EUT SA PLACE DANS LES CAUSES CÉLÈBRES.

On mande de Montargis au *Petit Journal* :

Mme Raybaud, née Sarrazin, l'héroïne du drame de Courbevoie dans lequel le major Breton tua le dentiste Génisset, est morte la nuit dernière à la suite d'une longue maladie.

Après la condamnation du major Breton, Mme Raybaud s'était installée à Montargis, place des Récollets et avait repris sa profession de dentiste.

A UN PURISTE

Un intelligent confrère veut bien me rappeler, dans l'*Odontologie*. que le mot « quand » prend un t, devant un a. Je m'en doutais un peu, on en trouverait facilement la preuve dans mes publications antérieures.

Je n'insiste pas sur la niaiserie du procédé. Que l'on relève les incorrections épistolaires de gens notoirement brouillés avec la grammaire et l'orthographe : c'est bien. Pour signaler des fautes que tout le monde peut commettre par distraction, il faut avoir des loisirs longs et nombreux et une intelligence supérieure.

Mais, mon cher et intelligent confrère, veuillez donc me dire comment s'écrit « intéresse » puisque cette orthographe ne vous satisfait pas. Seriez-vous en état de « suggestion » habilement pratiquée par M. Gréard. J'avoue carrément que le mot est mal écrit dans l'original ; je l'ai doté de deux r. J'ai pour excuse, d'avoir écrit rapidement et de n'avoir pas relu ma lettre. Vous, mon cher confrère, vous avez eu votre article à correction. Où donc aviez-vous les yeux quand vous avez planté votre premier « *sic* » ?

Vous me rappelez, ô censeur vraiment extraordinaire, un journaliste qui flairait d'une lieue les coquilles de ses confrères sous la rubrique « *relevé de coquilles* ». Il avait, dans son journal, créé un véritable service. Un jour il fit comme vous et ses confrères pris en faute par ses soins : il fit une faute lui-même.

Son titre était bien en vedette à la place habituelle : malheureusement il avait oublié une lettre au mot « coquilles ». Je ne vous dirai pas laquelle ; mais je vous laisse à penser si les bons confrères s'esclaffèrent à ses dépens.

R. C.

ERRATA

Article : Contribution à l'étude du tartre vert, lire 2° paragraphe : 1° Le tartre noir sec très dur et non le tartre mou sec, etc.

4° paragraphe, lire : 3° le tartre mou jaune clair et non le tartre noir, etc.

Page 16. L'iode agit comme décolorant et comme parasiticide et non : l'iode agit probablement là comme paratiside.

Le gérant : P. Dubois.

Châteauroux. — Typ. et Stéréotyp. A MAJESTÉ et L. BOUCHARDEAU.

VOL. 2. MARS 1893 N° 3

REVUE INTERNATIONALE
D'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

UN NOUVEAU PRODUIT POUR LA STÉRILISATION DES DENTS INFECTÉES

Par le Dr E. Schiffmann. M. D. D. D. S.

Dans le journal *Osterreich Ungarische Wierterjahrschrift für Zahnheilkunde*, M. le Dr Scheier, de Vienne, nous a soumis un nouveau produit pour la stérilisation des canaux dentaires. Par l'intermédiaire de Weiss et Schwarz, de Vienne; j'ai reçu l'année dernière quelques échantillons de ce produit dont j'ai fait depuis grand usage. Pour permettre un jugement définitif il faudrait attendre quelques années en surveillant de près les patients traités. Je me permets pourtant de publier dès aujourd'hui quelques notes, moins pour convaincre du succès de ce traitement, que pour entraîner à des recherches sur ce sujet. Les bons résultats que quelques-uns de mes amis de Vienne ont obtenus et l'extrême simplicité dans l'emploi de ce produit ne peuvent qu'encourager de nouveaux essais.

Les dents dévitalisées qui se présentent journellement chez nous pour une cause ou pour une autre ont généralement à peu près le même aspect. Les cavités et les canaux sont remplis par des matières septiques dont la composition chimique est des plus variables. Il y a toujours de l'eau dans laquelle sont dissous, ou à l'état de supension, les produits de la décomposition de l'albumine, des corps gras, de l'ammoniaque, des acides de la série grasse, de l'acide sulfhydrique, de l'acide carbonique, du phosphate d'hydrogène avec une grande quantité de microorganismes, car la pathologie nous apprend que la décomposition gangréneuse des corps est toujours le résultat de l'activité des microbes.

Il nous faut donc détruire d'abord tous les microorganismes et obtenir une cavité complètement aseptique. Il y a deux manières de se débarrasser de ces parasites. L'une consiste, en agissant directement sur eux, essayant de les détruire par des produits chimiques, pendant que l'autre agit indirectement en leur enlevant la nourriture nécessaire pour leur entretien.

Beaucoup de remèdes ont des qualités antiseptiques, mais dans l'art dentaire comme dans la chirurgie, un grand nombre des produits ont en dehors de leurs qualités antifermentescibles des effets qui contre-indiquent leur emploi.

Le sublimé, l'acide chromique, l'iode, le permanganate de potasse colorent la dentine et ne peuvent guère être employés pour la désinfection d'une dent. Le trichlorure d'iode et l'acide salicylique dissolvent les sels calcaires. La série des phénols coagule l'albumine, et de par cette cause ne rend pas de grands services pour la stérilisation des matières infectées dans les canaux. Il ne nous reste que les huiles essentielles et quelques produits douteux fort en vogue en Amérique, comme la lystérine dont on connaît à peine la composition.

Voilà la série des antiseptiques dans laquelle les dentistes sont obligés, selon leurs préférences personnelles, de choisir. La série des phénols est certainement le plus souvent employée, et justement les remèdes de ce groupe sont ceux qui présentent le plus grand danger pour le malade.

Pour arriver à un résultat suffisant, on est obligé de laisser l'acide phénique ou la créosote en contact immédiat avec le contenu des canaux, on est même obligé d'introduire ces produits jusqu'à l'apex, ce qui est toujours très dangereux car on risque de pousser des matières septiques à travers le foramen, la conséquence est une inflammation plus ou moins grave du périoste.

J'ignore absolument les qualités antiseptiques du médicament dont je parle ici, mais j'ai toujours constaté que la composition chimique du contenu des dents mortifiées est changée après son emploi; avant les dents infectées ont une odeur ammoniacale et sulfhydrique, après l'application les dents ont une odeur savonneuse, alcaline.

Les microbes sont-ils détruits par la chaleur, par la potasse caustique ou par l'hydrogène qui se forme ?

Je serais tenté de l'admettre, car je ne connais aucun autre effet du potassium ou du sodium que

$H^2\,O + K = K\,OH + H.$

ou $H^2\,O + Na = Na\,OH + H.$

On ne connaît pas de qualités antiseptiques à l'hydrogène ni à la potasse caustique, ce qui donne à croire que les microbes sont détruits par la température élevée qui existe toujours pour quelques secondes pendant la décomposition de l'eau. Si quelques microbes survivaient à cette explosion, le séjour leur deviendrait tout à fait impossible dans cette masse savonneuse.

MODE D'EMPLOI

L'action du médicament est foudroyante et toujours accompagnée par la production d'étincelles. Cela indique la nécessité de la pose de la digue avant l'application du pansement. La plus petite parcelle du métal touchant la muqueuse buccale cause d'affreuses brûlures

M. Scheier nous donne ce mélange dans de petits flacons cylindriques, hermétiquement fermés avec de la stéarine. Pour s'en servir on n'a qu'à percer un trou dans cette couche de stéarine, pour laisser passer un tire-nerf; il faut avoir bien soin de refermer cette ouverture avec une goutte de stéarine immédiatement après. En agissant ainsi on peut se servir du même flacon pendant plusieurs semaines. Le contact prolongé avec l'air décompose le métal.

La digue posée, la cavité largement ouverte et séchée, on plonge et tourne un tire-nerf dans le mélange, de manière à faire adhérer de petits fragments de métal et on introduit tout doucement la sonde chargée dans les canaux Il se produit une petite flamme accompagnée d'un bruit pareil à celui que produit un fer rouge au contact de l'eau. Il faut répéter cette application deux ou trois fois, en enfonçant le tire-nerf chaque fois plus profondément dans les canaux.

Quelquefois cela provoque une légère douleur, elle ne dure que quelques minutes. Cette douleur fugace semble résulter de l'échauffement de la dent. Le contenu des canaux est transformé en un liquide brun, savonneux, qui s'échappe de ceux-ci. L'inventeur croit que ce liquide a des qualités antiseptiques, car des cultures sur l'agar-agar n'ont donné qu'un résultat négatif.

Le Dr Scheier recommande de fermer la dent temporairement pendant quelques jours. Dans la seconde séance il retire les détritus avec un tire-nerf, lave la cavité et les canaux avec de l'alcool, y introduit une mèche imbibée de la même substance et ferme la dent définitivement.

Après une application M. Scheier dit que le contenu des canaux est toujours une masse compacte très facile à retirer. Ses essais de fermer définitivement la dent dans la première séance

n'ont pas été couronnés de succès. Il en résultait toujours, dans les 24 heures, des symptômes de périostite et des abcès alvéolaires. Mes résultats diffèrent en cela des siens. J'ai traité depuis quatre mois une trentaine de dents avec ce mélange de potassium et je les ai fermées définitivement dans la première séance. Jamais je n'ai constaté la moindre périostite. Je le répète, le temps n'est pas assez long pour prononcer un jugement définitif. Mais ce remède a certainement des avantages considérables.

Après avoir introduit à différentes reprises le métal, je me mets à refouler de l'essence de cannelle dans tous les canaux ainsi traités et j'introduis à demeure une mèche de coton trempée dans l'acide phénique pur. Je me sers depuis quelques mois de l'essence de cannelle comme antiseptique. Le professeur Miller [1], de Berlin, a fait, à ce sujet, des recherches et a trouvé que les huiles essentielles, l'oléum cinnammonium cassiæ est peut-être le seul, capable de détruire tous les microbes de la bouche.

En remplaçant l'alcool par l'essence de cannelle, je crois ajouter à l'efficacité du traitement.

Il y a quelques mois vint nous consulter, un jeune collégien ayant un abcès palatin causé par la seconde petite molaire supérieure droite, il existait communication entre l'abcès et la dent. J'injectai par les canaux de la dent de l'essence de cannelle qui sortit ensuite par la fistule, des mèches de coton imbibées d'acide phénique furent placées comme pansement. Malheureusement le jeune homme ne put venir qu'une fois par semaine. Le traitement me réussit assez bien quand je puis renouveler le pansement tous les deux jours, le lendemain le patient souffre beaucoup et je suis obligé de désobturer la dent. Alors je ferme avec du coton. Dans un délai de 8 jours la dent est de nouveau réinfectée. Après quatre pansements la fistule persistait et la dent était toujours sensible à la percussion. C'est à ce moment que je reçus le potassium. Je risquai le traitement fermant la dent avec de la gutta. Huit jours après, le jeune homme ne souffrait plus, la fistule était fermée. Ce cas montre quels services ce nouveau produit peut rendre. Je pourrais donner d'autres exemples.

EMPLOI DE LA SACCHARINE

Je profite de l'occasion pour parler d'un autre médicament qui a des qualités antiseptiques très prononcées, la saccharine. Il est très recommandable comme élixir dentifrice. D'un goût agréable, doux, dans une solution de 1 0/0 la saccharine a la même force antiseptique qu'une solution de sublimé à 100 0/0.

1. *Microorganismes de la bouche*, 1892.

C'est aussi le mérite du Dr Miller, de Berlin, de l'avoir introduite dans la médecine et d'avoir fait des recherches bactériologiques qui prouvent sa grande utilité dans la thérapeutique dentaire.

Voici la formule d'un élixir dentifrice :

Saccharine	2	gr.	5
Teinture de benjoin	3	»	
Teinture de ratanhia	15	»	
Alcool	100	»	
Essence de menthe	0	»	50
Essence de cannelle	0	»	50

Diluez 3 parties de cette solution dans 27 parties d'eau pour les lavages de la bouche.

L'eau peut être remplacée favorablement par de l'eau oxygénée.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA GREFFE DENTAIRE

La greffe dentaire a un manuel opératoire bien établi, nous n'avons donc pas à y revenir.

Il n'en est pas de même des phénomènes vitaux qui s'y rattachent : processus de la reprise, durée de l'organe greffé. Ce n'est que par des observations nombreuses qu'on pourra préciser les conditions et le pronostic de la greffe. Nous en donnons trois qui offrent quelques particularités intéressantes.

La greffe n'est, et ne doit être, qu'une ressource exceptionnelle, mais lorsqu'on y a recours, rend-elle des services de quelque durée? Quelles sont les causes de chute de la dent greffée ?

Il n'est pas dans notre intention de résoudre ces questions mais de leur fournir quelques éléments par des observations portant sur les effets que nous avons été à même de constater. Les trois observations suivantes sont assez favorables à la greffe, et on ne peut que reconnaître la valeur d'une opération qui a permis de conserver un organe naturel pendant huit années, et dont les deux autres semblent, après deux ans et trois ans et demi, n'avoir aucune probabilité de chute prochaine.

De plus la troisième observation semble confirmer deux points intéressants que nous avions déjà indiqués il y a trois ans :

1° La possibilité d'employer sans inconvénients dans la transplantation, une dent ayant une racine d'un volume moindre que la dent qu'elle doit remplacer en empruntant une cale osseuse à la racine de celle-ci ;

2° L'innocuité de la présence de la pulpe et des rameaux vasculo-nerveux dans la dent transplantée lorsqu'elle a été suffisamment aseptisée et par suite l'inutilité de son ablation.

Nous espérons que ces observations seront de quelque profit à l'étude des questions qui se rattachent à l'étude de la greffe.

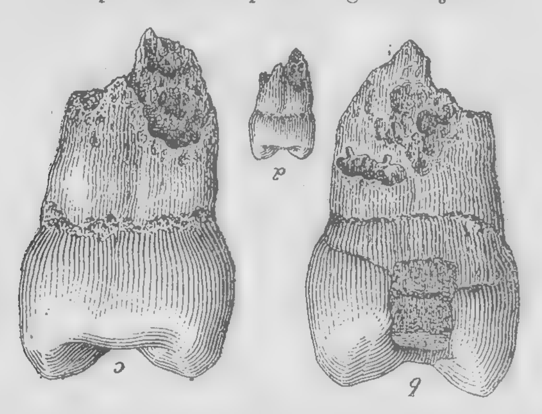
1re *Observation.*

Ebranlement et chute en 1892 *d'une dent réimplantée en* 1884. *Nécrose de la racine.*

Au mois de février 1884, je pratiquai à une dame B... la réimplantation de la deuxième bicuspide supérieure droite à la suite d'une périostite chronique consécutive à une carie du 3e degré. L'observation fut présentée à la séance de la Société d'Odontologie, septembre 1886. (Voir *Odontologie* 1886, page 384). Cette observation n'était intéressante qu'en un point : la dent en question, qui était parfaitement consolidée, servait de point d'appui à un appareil de prothèse.

Je revis plusieurs fois cette personne, la dent était restée très solide et la gencive parfaitement saine lorsqu'à la fin de septembre 1892, Mme B... revint me voir. Sa dent était devenue très mobile depuis quelque temps, elle venait de l'enlever elle-même sans douleur avec les doigts et sans grand effort. La gencive ne présentait rien d'anormal, pas de fistule, pas de suppuration et la petite plaie en voie de cicatrisation.

J'examinai la racine qui était considérablement réduite, deux tiers environ de sa longueur avaient été détruits par suite de nécrose comme on peut le voir par la figure ci-jointe.



B. Face ostérieure. C. Face antérieure, grossissement huit diamètres. D. Dent grandeur naturelle.

2e *Observation.*

Transplantation de la dent d'une jeune fille à sa sœur.

Au mois d'octobre 1891, je reçus la visite de deux sœurs, les

demoiselles M .. ; l'une était âgée de 18 ans environ, l'autre de 22 ou 23 ans.

La plus jeune me demanda de lui redresser la canine supérieure droite qui avait évolué très en dehors de l'arcade. La place faisant défaut, il fallait nécessairement pour faire ce redressement enlever une dent.

Je la décidai à sacrifier la 1re bicuspide supérieure droite. L'extraction se fit sans douleur après une injection de cocaïne. Sa sœur, qui l'accompagnait, souffrait assez fortement d'une dent qu'elle m'avait prié de lui soigner. Par un hasard extraordinaire, c'était la même dent (1re bicuspide supérieure droite) qui était cariée assez profondément du reste, au 3e degré.

Je lui proposai de lui extraire sa dent cariée et de la remplacer par la dent parfaitement saine, que je venais d'extraire à sa sœur.

Elle accepta. Elle prit immédiatement la place de sa cadette dans le fauteuil d'opération. Après une injection de cocaïne je lui enlevai sa dent cariée et lui replaçai immédiatement la dent de sa sœur, avec les précautions antiseptiques et autres habituelles en pareil cas.

Inutile de dire que la transplantation réussit fort bien.

3e *Observation.*

Transplantation avec addition d'un morceau de racine formant cale. Chute de la cale deux ans après.

Le 27 juillet 1889, j'eus l'occasion de transplanter à M. D... une bicuspide supérieure gauche extraite quelques jours avant, le 24 juillet, à une demoiselle pour faciliter le redressement de dents irrégulièrement placées.

Mais la racine de la dent transplantée étant plus petite que la racine de celle qu'elle remplaçait, j'avais imaginé pour éviter toute mobilité dans l'alvéole, de découper en forme de sifflet un morceau de la racine extraite et de le glisser comme cale entre la racine de la dent transplantée et la paroi externe de l'alvéole.

Cet essai avait complètement réussi. La dent s'était consolidée. (Voir Compte rendu du Congrès Dentaire International de Paris, page 334).

Depuis j'avais revu chaque année mon patient, je l'avais présenté à la Société d'Odontologie de Paris, où l'on avait constaté la présence du morceau ajouté qui avait été très bien supporté sans inflammation du côté de la gencive et sans douleur aucune.

Au commencement de l'année 1892, je revis M. D... à la veille d'un départ ; la petite cale existait toujours mais elle avait descendu, lorsqu'au mois de septembre dernier, étant en voyage, le morceau vint à se détacher et tomba dans la bouche.

Je l'avais prié de me le conserver, pensant que l'examen en serait intéressant après un séjour de trois ans dans la bouche, malheureusement il fut égaré.

J'ai pourtant tenu à faire connaître ce détail complémentaire d'une observation qui, lorsque je la présentai, avait paru intéresser un certain nombre de confrères.

Je rappellerai également que cette observation contenait une autre particularité intéressante. Au lieu d'enlever la pulpe et les rameaux vasculo-nerveux de la dent à transplanter comme on le pratique généralement, je les avais conservés sans même obturer l'apex de la racine. Je pensais que toute décomposition serait impossible, la dent ayant baigné pendant plusieurs jours dans une solution antiseptique.

C'est ce qui semble s'être réalisé puisque, depuis trois ans que la dent est dans la bouche, la gencive est restée parfaitement normale et que la dent a conservé la couleur d'une dent saine. Ce qui avait été déjà constaté par tous les assistants lors de la présentation à la Société d'odontologie.

Ch. Godon.

OBSERVATION SUR UN CAS DE RÉIMPLANTATION

Par M. Prével,

Chef de Clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

Le 6 avril, Mlle B..., âgée de douze ans, née à Paris, se présente à la Clinique pour se faire extraire la racine de l'incisive latérale, dent qu'elle dit avoir cassée en jouant. A l'examen on constate que la dent n'est pas fracturée comme le croyait la malade, mais fait défaut dans la série. Le conseil de rechercher la dent à l'endroit où la veille la malade était tombée fut suivi, l'enfant revint peu après avec l'organe intact sans fracture ni éclat. Etant connus les bons résultats de la réimplantation à la suite de traumatismes chez les enfants, je juge bon de tenter la greffe par restitution. La malade est interrogée sur son état général et la santé de ses parents afin de rechercher si aucune contre-indication opératoire n'existe.

L'alvéole est examinée soigneusement, le bord alvéolaire paraît intact. La réimplantation s'annonce comme ayant de grandes chances de réussite.

TRAITEMENT

L'alvéole est lavée à plusieurs reprises avec une solution d'acide phénique, la dent est préparée par la méthode classique, c'est-à-dire que la pulpe est extraite et son canal obturé. L'organe ayant de plus séjourné 12 heures dans un ruisseau, on est obligé de le dé-

barrasser des corps étrangers qui y adhéraient, et de la laver dans une forte solution d'acide thymique.

L'alvéole et la dent ayant été bien stérilisés, celle-ci est alors remise en place, une ligature avec du fil à digue passant sur les incisives et canines et contournant la dent sert de moyen de rétention. Au préalable on avait badigeonné l'alvéole intrus et extra avec une solution pour atténuer la douleur de l'opération.

La malade est alors confiée à mes soins.

Il lui est prescrit de faire toutes les deux heures :

1° Une application de teinture d'iode;

Alcoolat de cochléaria	5	gr.
Vaseline	5	
Alcool	20	
Essence de menthe	X	gouttes
pour collutoire		

L'alimentation liquide est recommandée.

Le 7, la malade revient, elle dit n'avoir pas de fièvre, mais avoir ressenti dans la journée une faible névralgie occipito-pariétale sans paroxysme. Je fais des injections d'acide thymique et d'acide phénique.

Le 8, la dent se consolide un peu, les incisives se colorent en brun sous l'action du cochléaria.

Le 9, consolidation notable.

Le 10, la mobilité reparaît; le 11, les choses allant de mal en pis, on refait l'opération en maintenant cette fois la dent avec un morceau de digue attaché aux petites incisives et canines. Dans la nuit suivant l'opération, fièvre intense. Je prescris des cachets de quinine à 0,25 chacun et continuation du collutoire.

Le 13, plus de fièvre nocturne ; je conseille un purgatif léger, la malade se plaignant de troubles digestifs. Les 14, 15 et 16, pas de changement. Le 20, nouvelles douleurs. Le morceau de digue est retiré il est prescrit un gargarisme avec :

Hydrate de chloral	4	gr.
Acide borique	4	
Eau	100	

Les jours suivants il est fait des pointes de feu et peu à peu la dent se consolide. La malade est en observation pendant trois semaines n'obtenant que le *statu quo* mentionné plus haut.

Les pointes de feu ont donné de très bons résultats. On peut considérer la reprise comme parfaite, la mobilité n'existe pour ainsi dire plus. En septembre, la malade est revue; la dent est absolument consolidée.

SOCIÉTÉS ODONTOLOGIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 7 mars 1893.

Présidence de M. VIAU, président.

M. Viau. — Je suis très flatté de l'honneur que vous m'avez fait en m'élevant à l'honneur de présider vos séances ; cette tâche sera facile du reste, grâce à votre activité et la discussion restant toujours sur le terrain professionnel. Mon prédécesseur M. Gillard qui pendant deux ans a présidé avec éclat notre Société a puissamment contribué à son succès.

L'année qui commence va marquer dans notre profession par l'organisation de la réglementation de l'art dentaire ; il faut espérer que le Conseil supérieur de l'instruction publique prendra en considération les vœux des Sociétés professionnelles.

Nous convions les jeunes à venir contribuer à la prospérité de notre Société.

Il faut espérer que l'on verra cesser les différends regrettables qui ont divisé de vieux amis et que nous verrons ainsi cesser l'abstention des membres qui se tenaient à l'écart de nos travaux depuis ces dernières années. La réglementation de l'art dentaire a été le point de départ de cette querelle où tant de coups ont été échangés, et cependant est-ce que de part et d'autre le but n'était pas le même. le relèvement de notre profession ? Ces querelles sont analogues au schisme qui divisa la première Église et où l'on s'excommunia réciproquement à propos d'une différence dans une formule de communion.

De ces luttes il est résulté des habitudes batailleuses dont il est difficile de se déshabituer ; mais enfin il n'y a pas eu de mort, il n'y a eu que des blessés et espérons que, les blessures cicatrisées, nous retrouverons notre union d'autrefois. Celle-ci ne s'est-elle pas déjà faite à la suite de la perte cruelle que nous avons faite ? et nous nous sommes tous rencontrés lorsqu'il s'est agi de rendre hommage à notre cher et si regretté ami le Dr Thomas.

LE CORYL

M. d'Argent enlève à deux malades, sans que ceux-ci accusent de douleur, quelques racines à l'aide d'un nouvel anesthésique local, le coryl, sur lequel il fait ensuite une communication :

Depuis quelques années les dentistes ont fait de grands progrès au point de vue de l'anesthésie locale ; je viens vous présenter un nouvel agent anesthésique local, le *coryl*. Ce produit est intermédiaire entre le chlorure de méthyle et le chlorure d'éthyle, son nom n'indique en rien sa composition qui est le secret des fabricants, MM. Joubert et Cie.

Les anesthésiques locaux sont nombreux ; la plupart agissent en produisant du froid. Passons en revue les plus employés.

La glace pilée et la glace pilée mélangée au sel marin ne donnent que des résultats illusoires et sont du reste peu employés.

L'éther donne un abaissement de température rapide, mais il n'agit pas quand il y a inflammation.

Le chlorure de méthyle donne un grand abaissement de température, mais il ne peut agir que superficiellement, car si l'on continue son application on a du sphacèle. Pour obvier à cet inconvénient on a essayé le stypage, mais ce moyen est d'une application difficile dans la cavité buccale.

Le chlorure d'éthyle, qui avait donné de grandes espérances, n'a pas donné les résultats qu'on attendait ; il faut qu'il soit projeté à une certaine distance et ne doit pas se mélanger à la salive.

Le coryl est un liquide incolore, d'odeur éthérée, qui a été obtenu par la méthylisation du chlorure d'éthyle. Le coryleur, tel est le nom de l'appareil avec lequel vous m'avez vu opérer, est composé d'un tube pouvant supporter une pression de huit atmosphères, d'une vis réglant la sortie du coryl et de divers ajustages articulés ; toutes ces articulations sont très soigneusement faites et il n'y a aucune déperdition. Tout l'appareil à base de nickel est inoxydable et peut être facilement antiseptisé.

Pour employer le coryleur on ouvre la vis de sortie, on tient le tube à pleine main incliné de haut en bas et on pulvérise sur la gencive. L'appareil doit être maintenu à une température de 15° à 20°.

Le point d'ébullition du coryl est à 0°, celui de l'éther est à + 35°, celui du chlorure d'éthyle à + 10° et celui du chlorure de méthyle à — 10°.

Lorsqu'on emploie le coryl, il faut recommander au malade de ne pas respirer par la bouche ; on pulvérise pendant 15 à 20 secondes en commençant par la pointe de la racine en dehors, on promène l'instrument le long du trajet de la racine et l'on va ensuite pulvériser en dedans, suivant ainsi tout le trajet supposé de la racine de la dent. Quand on veut agir plus profondément, après une première application, on fait vivement laver la bouche au patient avec de l'eau froide et on fait immédiatement après une seconde application ; on fait de nouveau rincer la bouche à l'eau froide et l'on fait enfin une troisième application après laquelle on opère.

Le coryl n'a pas les inconvénients des autres anesthésiques locaux, il n'a pas d'action générale, son action prolongée peut seulement amener la desquamation de la gencive. Pour éviter le retour trop brusque de la chaleur qui s'accompagne toujours de douleur, il faut faire laver la bouche à l'eau froide. On a dit que le froid faisait casser les dents, je ne le crois pas pour ma part, cela tient à ce que l'on se pressait trop pour opérer parce que, avec les agents qu'on employait l'anesthésie est fugace, il n'en est pas de même avec le coryl, on a tout son temps pour opérer.

Quand les dents voisines sont cariées, pour éviter la douleur que pourrait produire le froid si du coryl entrait dans la cavité je

recouvre les dents cariées d'une petite calotte de caoutchouc.

Le coryl et le coryleur constituent un progrès notable sur les autres anesthésiques locaux, il a des applications multiples, en dehors de l'extraction des dents. Ainsi on peut enlever une pulpe sans douleur après une première application et après une deuxième application on peut retirer les filets radiculaires. J'ai traité ainsi 16 dents, je n'ai pas eu de fissure et j'ai supprimé toute douleur.

A l'aide du coryl on peut faire disparaître la douleur d'une périostite. Pour préparer une cavité, on peut supprimer la douleur que produit l'excision de la dentine dans un 2e degré, mais là l'application de l'anesthésique est douloureuse. On peut rendre absolument indolore les piqûres de cocaïne, enlever des séquestres, et pour cette opération le coryl rend d'autant plus de services qu'il est antiseptique.

Le coryl est un hémostatique puissant, il arrête immédiatement une hémorragie et permet l'application d'un pansement approprié, il peut rendre de grands services pour l'ouverture d'un abcès; projeté sur les végétations résultant de morsures que l'on observe à la face interne de la joue de certains sujets, il les fait rapidement disparaître.

En histologie on peut l'employer pour le durcissement immédiat des tissus à examiner.

Une seule application énergique de coryl sur un aphte suffit pour le faire disparaître en 48 heures.

Le coryl a ses indications et ses contre-indications, il doit être préféré quand on pense que l'anesthésie produite doit être suffisante; il est contre-indiqué dans les opérations longues, dans celles devant dépasser 15 à 20 secondes.

Le coryl est indiqué pour les opérations simples ou lorsque la cocaïne est contre-indiquée; on doit préférer un autre agent anesthésique lorsqu'il s'agit d'une opération compliquée.

Jusqu'à aujourd'hui j'ai fait 164 extractions de dents à l'aide du coryl et je n'ai eu que 4 à 5 0/0 d'insuccès comme avec la cocaïne. Les résultats obtenus ont été identiques à la clinique de l'Ecole ou dans ma clientèle. On peut toujours opérer seul, on n'a pas besoin d'aide, on n'est pas pressé pour opérer. Dans une seule séance j'ai pu enlever 7 dents à une seule personne; j'ai pu anesthésier à l'aide de trois applications une étendue de 6 centimètres environ et enlever six racines (4 dents) de la première prémolaire à la dent de sagesse. Pendant 40 secondes j'ai fait, sans provoquer de douleurs, des tentatives pour ébranler une dent présentant une résistance anormale que je n'ai pu extraire. J'ai enlevé huit dents temporaires; une autre fois douze dents déchaussées.

Si l'on veut étendre en profondeur l'action du coryl, il faut faire des scarifications de la gencive.

M. Poinsot. — Le coryl semble donner de bons résultats; c'est moi le premier qui ai essayé d'appliquer l'anesthésie par le chlorure de méthyle pour l'extraction des dents, j'ai fait ces essais tout de suite après la communication de M. Debove. M. Galippe a

essayé ensuite le stypage. Mais le chlorure de méthyle n'était pas pratique. Il fallait isoler le reste de la bouche.

Avec le chlorure d'éthyle j'ai obtenu de bons résulats en badigeonnant avant avec une solution de cocaïne.

M. Roy. — Maintenant que les dentistes sont réglementés, ils sont soumis à l'obligation qui interdit l'emploi de remèdes secrets ; or si la composition du coryl n'est pas connue, ce produit ne peut être employé.

M. d'Argent. — La composition du coryl est connue, c'est le procédé de fabrication qui ne l'est pas.

M. Roy. — Je n'ai fait mon observation que parce que M. d'Argent a dit, dans sa communication, que la composition du coryl était le secret des inventeurs. Si la composition du produit est connue, il est évident que mon observation ne peut lui être appliquée.

APPAREIL DE FLETCHER

M. Lemerle. — Voici un fourneau de Fletcher qui peut rendre des services, il est destiné à chauffer les appareils que nous devons souder. C'est un fourneau ordinaire avec un couvercle formé par une calotte sphérique en terre réfractaire. Ce fourneau permet de gagner du temps, en 8 minutes une pièce est rouge ; je crois que l'on pourrait y fondre de l'or.

M. Deschaux. — Ce fourneau n'est pas nouveau il y a huit ans que j'en ai un semblable et M. Dubois aussi, je crois.

M. Dubois. — En effet, j'ai ce fourneau depuis trois ans.

M. Rozenbaum. — M. Gillard en a un également, il m'en a parlé disant qu'il chauffait avec une grande rapidité.

NÉCROSE PARTIELLE DU MAXILLAIRE D'ORIGINE DENTAIRE

M. Sauvez. — Le 27 février dernier j'eus à examiner à l'hôpital Bichat, un homme de 52 ans qui y avait été amené à la suite d'accidents assez curieux.

Cet homme dont les antécédents étaient bons, fut pris le 21 février, de douleurs violentes dans la bouche, les souffrances devinrent telles qu'il dut s'aliter, il présentait alors du gonflement de la bouche, du trismus, l'haleine était fétide, le malade avait du délire et suffoquait, tout à coup un soulagement immédiat se produisit et il vomit du pus et du sang puis les accidents recommencèrent quelque temps après et il fut alors apporté à l'hôpital.

Cet homme était amaigri, teinte subictérique, gonflement de la face et du cou. A l'examen de la bouche on trouve cinq dents à la mâchoire supérieure et sept à la mâchoire inférieure ; ces dents sont allongées, non mobiles, il n'y a pas d'ostéo-périostite. Il y a un abcès à la mâchoire inférieure du côté gauche et du gonflement de l'os s'étendant de la canine à l'angle du maxillaire ; de ce côté il n'y a plus que la première prémolaire et pas d'autre dent en arrière de celle-ci qui est mobile, douloureuse et atteinte de carie du 4e degré. Cette dent fut immédiatement enlevée et je fis ensuite des lavages phéniqués. La dent extraite avait occasionné un peu de

douleur il y a trois mois, l'extrémité de la racine qui était très longue était un peu jaune, la cavité pulpaire était rétrécie.

Les suites de l'opération furent des plus bénignes, on fit des injections phéniquées et l'état général se remit rapidement, mais, un mois après, l'ouverture résultant de l'extraction n'était pas fermée et j'en retirai un premier séquestre, puis quelque temps après j'en enlevai quelques autres. Le malade est maintenant complètement rétabli.

Dans cette observation, ce qu'il y a de remarquable c'est l'intensité des symptômes, cette suffocation analogue à celle que l'on observe dans l'amygdalite foudroyante, ce gonflement, cette adénite et tout cela produit par une première prémolaire. Toutes les autres dents en arrière de celle-ci manquait, sans cela, avec ces symptômes et chez un sujet jeune, on aurait pu penser à des accidents causés par la dent de sagesse.

La racine de cette prémolaire était très longue quoi qu'elle fut en partie résorbée ; ce fait a été signalé par Heydenreich.

La pathogénie de ces accidents est commune, c'est une ostéite et nécrose, à la suite de carie infectée, comme celle que l'on observe après les fractures du maxillaire, il y a longtemps que la fréquence de ces complications a été signalée dans les lésions du maxillaire. En 1835, Gerdy a rapporté l'observation d'une nécrose totale du maxillaire inférieur après fracture compliquée de cet os.

Une autre remarque à faire au sujet de ce cas, c'est le bon résultat qu'a amené une très petite intervention.

M. Poinsot. — La grande longueur des racines s'observe très fréquemment dans des cas semblables. Il devait y avoir un vice d'articulation ou la dent devait être inclinée.

M. Sauvez. — Cette dent n'avait pas d'antagoniste.

NÉCROSE PARTIELLE DU MAXILLAIRE

M. Touchard. — Un homme de 44 ans, ayant une carie du collet d'une grosse molaire inférieure, qui avait eu déjà quelques poussées inflammatoires fut pris d'une fluxion étant à la chasse. Je vois le malade quelques jours après, il avait de la fièvre, de l'anorexie, la peau est chaude, il y a de l'adénite des ganglions sous maxillaires et de la tuméfaction au dessous du maxillaire inférieur, on fait sourdre du pus entre la gencive et le collet de la dent de sagesse et de la deuxième grosse molaire. Nous diagnostiquons ostéite causée par une carie du 4e degré, nous conseillons l'extraction des dents, le malade s'y refuse et son médecin, qui le soignait pour l'influenza, lui fait mettre des cataplasmes. Quelques jours après le malade se décide enfin à se laisser opérer, nous enlevons les dents et prescrivons des lavages antiseptiques. Au bout de quelque temps nous pûmes enlever un séquestre assez volumineux, nous continuons les lavages et la cicatrisation ne tarde pas à se faire.

L'origine de tout cela était un deuxième degré traité par l'acide arsénieux et, les accidents inflammatoires se sont produits par l'appli-

cation intempestive de cataplasmes qui une fois de plus ont produit leur résultat habituel.

M. Poinsot. — Lorsque le malade a eu sa fluxion il était à la chasse, il était sans doute fatigué et dans un état dépressif favorable à l'évolution d'accidents dentaires. J'ai vu une malade qui était soignée depuis longtemps par plusieurs médecins sans que ceux-ci pussent formuler un diagnostic précis. Les dents étaient en très mauvais état depuis longtemps ; à la suite de fatigue cette malade avait eu une fluxion et à la suite de cela un état général infectieux qui avait persisté jusqu'au jour de mon examen.

M. Touchard. — Pour moi la fatigue est secondaire, c'est la fluxion et les cataplasmes qui sont cause de tout.

M. Frey. — La bactériologie est d'accord avec les idées qu'exprime M. Poinsot : on trouve dans ces cas des streptocoques en abondance et ceux-ci peuvent acquérir une grande virulence, M. Galippe a signalé ce fait dans le dernier numéro du journal des *Connaissances médicales.*

M. Meng. — J'ai été pendant plusieurs années opérateur du Dr David, nous avions une clientèle nombreuse parmi les jeunes gens de l'Université et j'ai remarqué que les accidents d'origine dentaire étaient très fréquents au moment des examens.

Le secrétaire général donne lecture du règlement intérieur qui est adopté sans observation.

La séance est levée.

M. R.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance générale statutaire du 7 février 1893.

M. Anjubault, secrétaire général, donne lecture de son rapport annuel sur les travaux de la Société pendant l'année 1892.

M. Vacher prie ses collègues de ne pas lui confier de nouveau la tâche délicate de résumer les séances.

M. Saint-Hilaire décline toute candidature.

M. Crignier demande que la personne qui a fait une liste dissidente se nomme.

M. Anjubault. — Il y a eu plusieurs listes envoyées par des inconnus, nous les renions et les réprouvons toutes également.

M. le Président demande au rapporteur s'il a été fait un projet de règlement comme conclusion de son travail.

M. le Dr Queudot dit que non, toute la révision étant contenue dans les conclusions de son rapport qui, rejetées dans la séance du 17 janvier dernier, doivent, sur la demande de la Commission, être soumises à nouveau à l'appréciation de l'Assemblée générale. Mais, avant qu'on ne vote, M. le rapporteur fait remarquer qu'une notice a paru, qui jette un jour tout nouveau sur la question : les fondateurs de l'Association ont fait abandon de leurs fonds, et l'Ins-

titut Odontotechnique, de société financière, s'est transformée en société philanthropique et scientifique. A la suite de cette métamorphose, l'Etat a reconnu l'Association comme établissement d'utilité publique ; ce n'est donc plus, comme le demandait le rapport, un nombre à déterminer de sociétaires qu'il est désirable de voir entrer dans le Conseil d'administration, c'est le Conseil en entier qu'il faudrait renouveler par voie d'élection.

M. le Président. — Je vous avoue, messieurs, que la notice à laquelle M. le Dr Queudot vient de faire allusion, et que vous avez pu lire en tête du projet de Règlement que j'ai eu l'honneur de vous soumettre, n'a été publiée qu'en vue d'éclairer les nouveaux venus parmi nous qui auraient pu s'émouvoir des déclarations de la Commission.

M. le Dr Queudot vous dit que cette notice jette un jour tout nouveau sur la question, c'est faire l'aveu que ni lui, ni la Commission ne l'avaient guère étudiée, car vous conviendrez que les faits relatés ne datent pas d'hier et qu'ils étaient connus de la plupart d'entre vous.

Il vous parle ensuite de la transformation de notre Association et semble croire que c'est à la suite de cette *métamorphose* que l'Etat nous a reconnu comme Etablissement d'utilité publique.

La transformation de notre Association s'est effectuée en 1883. La première demande en vue de la reconnaissance d'Utilité publique a été adressée en 1886 au Gouvernement, qui ne nous l'a accordée qu'en 1892 !

L'étonnement de l'honorable rapporteur ne nous surprendrait pas s'il parlait simplement comme membre de la Société ; car, n'étant notre collègue que depuis très peu de temps, il aurait le droit d'ignorer ce qui s'est passé il y a dix ans, mais qu'il me permette de lui faire observer qu'ayant été désigné pour être l'interprète des membres de la Commission, il avait le devoir, avant de prendre des conclusions, de s'enquérir de la constitution de notre Association, de ses transformations, etc... Il n'en est pas un parmi les anciens, je m'en fais le garant, qui ne se fût mis à la disposition de ces messieurs pour les éclairer. Mais personne n'a été consulté, aucune communication de procès-verbaux n'a été demandée, ce n'est donc qu'en s'inspirant de ses *desiderata* que la Commission vous propose aujourd'hui, non plus des modifications, comme dans son rapport, mais le renouvellement *tout entier* du Conseil, vous venez de l'entendre !

Ce ne serait ni plus ni moins que la démolition complète des bases de notre Association.

M. Ducournau. — Nous sommes les fondateurs de l'œuvre, nous y avons consacré notre argent, notre temps et notre dévoûment. Tant que nous serons là, nous nous opposerons à toutes modifications qui auraient pour résultat de nous supplanter au bout de quelque temps.

M. Berthaux. — Oui, nous voulons rester au Conseil pour surveiller les intérêts de notre fondation.

M. Crignier. — Au Conseil d'administration, nous remplissons nos fonctions en observant scrupuleusement le Règlement.

Chaque année, l'Assemblée générale des membres fondateurs et titulaires, et les commissaires de surveillance, dont l'un est nommé par la Société, approuvent notre gestion morale et financière.

S'il y a des membres de la Société Odontologique qui trouvent que des changements sont nécessaires dans notre constitution, qu'ils fassent une partie des sacrifices que nous avons faits. Ils seront les bienvenus, soyez-en certains. En se conformant aux Statuts existants, qu'ils deviennent membres titulaires, ils pourront alors, sans rien froisser, arriver au Conseil d'administration et faire bon accueil à toutes les propositions de modifications qu'ils jugeront utiles ; si elles sont admises par le Conseil et approuvées par une Assemblée générale, il n'y aura plus qu'à les soumettre au Préfet de Police et au Ministre de l'Intérieur, qui ne refuseront certainement pas leur approbation pour leur mise en vigueur.

M. Queudot. — Messieurs les fondateurs de l'œuvre ayant fait abandon de leurs deniers, leur rôle de fondateurs est complètement fini, ils doivent être soumis, en tant que candidats au Conseil de direction, au vote d'une assemblée générale de tous les membres de l'Association.

M. le Président. — Où prenez-vous le « Conseil de direction » ? Vous confondez, cela n'existe pas chez nous, nous n'avons qu'un Conseil d'administration.

M. Ducournau. — Mais c'est vouloir tout bouleverser !

M. Queudot. — Non, modifier seulement.

M. le Président. — Nous comprenons : on fait dans la Constitution un tout petit trou où peut à peine passer une aiguille, puis on y introduit un porte-plume ; ensuite, en poussant fort, on y introduit un manche à balai, suivi bientôt de son ustensile ; alors vous devinez ce qui arrive. Du reste, il n'y a pas bien longtemps que nous avons vu quelque chose d'analogue se passer autre part, et cela nous a donné à réfléchir !

M. Vacher. — Mais je vous affirme que nous n'avons jamais songé à prendre la place des autres.

M. le Président. — Je ne doute pas, soyez-en certain, mon cher collègue, de la pureté de vos intentions, mais pourriez-vous répondre de ceux qui viendront après vous ? Puis, du reste, par le fait que l'Association est reconnue d'utilité publique, elle ne peut rien modifier à son organisation ni à ses statuts, qui ont reçu la sanction du Gouvernement, sans lui en demander à nouveau l'autorisation.

M. Vacher. — Messieurs, je vous prie de constater que les déclarations de nos deux présidents ne sont nullement d'accord entre elles. M. Crignier, Président du Conseil d'administration, dans le discours où il annonçait la reconnaissance d'utilité publique, disait que cette décision nous laissait toute liberté pour nous administrer. Maintenant, au nom de la même décision, M. Damain, Président de la Société, nous refuse cette liberté.

M. le Président. — C'est jouer sur les mots, que de faire usage de

pareils arguments, nous sommes parfaitement d'accord, M. Crignier et moi.

M. Weber. — Certainement.

M. le Rapporteur. — Je considère que le seul fait de la reconnaissance comme Etablissement d'utilité publique, de l'Association de l'École Odontotechnique, entraîne d'une façon inéluctable, que vous le vouliez ou que vous ne le vouliez pas :

1° La convocation d'une Assemblée générale des associés ou adhérents ;

2° La nomination, par cette Assemblée, du Conseil d'administration qui aura la gestion de l'ensemble de l'œuvre : École, Société, Journal, etc.

M. le Président. — Je proteste encore une fois, et de la façon la plus énergique, contre les prétentions de M. le Dr Queudot ; mais la cause est suffisamment entendue, et vous allez trancher, par vos votes, et d'une façon définitive, cette irritante question de la modification de nos Statuts, qui nous a déjà tant fait perdre de temps.

On procède au vote : sur 35 votants les conclusions du rapport de la Commission sont repoussées par 22 *non* contre 13 *oui*.

On procède au vote pour le renouvellement des membres sortants de la Chambre syndicale, sont élus :

MM. Colson,
Berthaux,
Saint-Hilaire,
Frison,
Hivert.

Le bureau de la Société odontologique est ainsi constitué pour 1893 :

Président : M. Damain.
Vice-président : M. Ducournau.
Secrétaire général : M. Colson.
Secrétaire annuel : M. Quenot.
Secrétaire étranger : M. Lawrence.

SOCIÉTÉ DU PREMIER DISTRICT DE NEW-YORK

Séance du 11 janvier 1893.

Traitement de la pulpe par la méthode Herbst.

Le Dr Harlan, venu de Chicago, lit une communication intitulée *The Herbst Méthod of treating pulps*, qui est une réponse à la communication lue par le Dr Bödecker à la réunion annuelle de la Société Dentaire de l'Etat, à Albany, en mai dernier.

La communication du Dr Bödecker était la présentation des théories et de la pratique du Dr Herbst, et aussi des expériences du Dr Bödecker, le Dr Harlan en se présentant, dit qu'il désire exprimer aux membres présents sa haute estime pour les connaissances

professionnelles du Dr Bödecker dans ses études sur le microscope, comme savant et comme dentiste. Aussi, dit-il, je n'appuierai dans ma communication sur les travaux histologiques de mon contradicteur.

Le Dr Harlan note que la méthode Herbst est une application sur la pulpe de cobalt additionné de chlorhydrate de cocaïne, sous une obturation temporaire laissée pendant quelques jours, suivie d'une désinfection de la cavité et de la partie coronnaire de la chambre pulpaire, l'organe ayant été amputé à l'aide d'une fraise ronde bien tranchante. La chambre pulpaire lavée avec une solution de bichlorure de mercure à 1 0/0, on sèche et on place un cylindre d'étain n° 4, et avec un petit brunissoir rond, on étend le cylindre doucement sur le tronçon de la pulpe amputée. en employant la force dans une direction latérale. La théorie du Dr Herbst étant qu'il obtient une fermeture parfaitement hermétique des canaux, et conserve dans la plupart des cas ce qui reste de la vitalité à la pulpe.

Les points principaux cités par le Dr Harlan contre les théories du Dr Herbst sont, l'emploi du cobalt minéral si analogue à l'acide arsénieux et ayant à ce qu'en croit la science médicale les mêmes propriétés. Comment s'attendre à ce que l'application d'un remède qui pendant quarante ans a été employé à détruire les pulpes, puisse leur conserver leur vitalité. Cela est futile. L'idée qu'une pulpe momifiée est vivante semble invraisemblable.

Le Dr Bödecker renie les théories du Dr Herbst au point de vue scientifique, mais cite sa propre expérience de quatorze cas, dont une grande proportion étaient des molaires de six ans. Tous les cas ont réussi sauf un.

Le Dr Carl Heitzmann, qui était présent, fait examiner au microscope deux spécimens de dents extraites par le Dr Herbst au grossissement l'un de 500 et l'autre de 800 diamètres. On voyait nettement la pulpe vivante d'une des dents au moment de l'extraction; l'autre était morte, avec la trace d'une dentine secondaire formée évidemment par la pulpite qui se produisit. Le Dr Truman cite vingt cas où il se servit de cobalt et d'acide arsénieux, il ne survint aucun abcès. Le Dr Louis Ottofy, de Chicago, essaya la méthode Herbst dans de nombreux cas, sans résultats sérieux jusqu'à présent.

D'autres membres discutèrent le sujet, l'ensemble des opinions émises est en faveur de la méthode actuelle, d'un traitement antiseptique sérieux des canaux de la pulpe et une obturation parfaite des racines.

(The Dental Review.)

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE LA GRANDE-BRETAGNE

Séance du 6 février 1893. — Présidence de M. Bowman Macleod.

M. W. Imrie, de Paris, est nommé membre honoraire.

M. J. Mansbridge présente deux cas avec des modèles, un d'éruption imparfaite, et l'autre de la rétention de dents temporaires à un âge avancé.

M. W. Harding. — Une femme en dormant sur une chaise après son repas, avala son appareil en or supportant sept dents ; elle se réveilla soudain avec une sensation d'étouffement, et la difficulté de respirer augmentant, on envoya chercher un médecin, celui-ci ne fut pas averti que la malade portait des dents artificielles. Il introduisit une sonde dans l'estomac, et par ce mouvement délogea probablement la pièce de sa position et la respiration devint plus facile. Il revint tous les jours pendant une semaine, sans qu'on lui apprît que la malade avait avalé ses dents. Cela dura trois semaines, et le docteur cessa ses visites, persuadé que le mal provenait de spasmes. La patiente vint alors chez M. H..., elle désirait avoir une pièce dentaire pour remplacer celle qu'elle avait perdue. A l'inspection de la bouche, on crut s'apercevoir qu'elle avait encore l'ancienne pièce dans le gosier, et on lui conseilla de s'adresser à un médecin, ce qu'elle ne fit pas ; elle arriva néanmoins à retirer sa pièce elle-même de son gosier avec ses doigts, ayant pu glisser les ongles sous une des bandes. Il ne résulta aucune ulcération du pharynx. Il paraîtrait que l'objection de cette femme à voir un médecin était, disait-elle, la crainte d'être « charcutée ».

M. Albert mentionne un cas de luxation du maxillaire, le patient, un homme de 42 ans, étant présent, pouvait-il définir la cause ni indiquer le remède.

Le Président lit alors son discours d'installation.

LES DOULEURS ÉLOIGNÉES DANS LES AFFECTIONS DENTAIRES

Le *Dr Maughan.* — On a dit avec raison que tous les praticiens en art dentaire ou en médecine générale se heurtaient souvent à des cas de douleurs inexplicables et incurables ; il est impossible d'en discerner la cause et elles résistent à toutes les méthodes thérapeutiques ; heureusement ces cas diminuent chaque jour et ils sont constamment élucidés par l'avancement de la physiologie et de la pathologie. Ces deux branches de l'art de guérir ont fait des pas de géant pendant ces dernières années, grâce aux efforts de Ferrier, Horsley, Beevor et Schafer. La douleur éloignée dans chaque affection était chose bien connue, mais les explications qui en étaient données étaient inexactes et insuffisantes. Quand un enfant se plaignait d'une douleur à l'articulation du genou le chirurgien, examinait invariablement la hanche, car son expérience lui enseignait qu'un des premiers symptômes de la coxalgie se manifeste par une douleur au genou : qui pourrait nous dire pourquoi l'utérus se contracte douloureusement pendant qu'une mère allaite

son enfant ? Dans un cas d'ulcère de l'estomac, ou dans une affection du foie, on a vu une douleur siéger à l'espace intescapulaire, ou sur l'omoplate droite.

Il serait important pour les dentistes qu'ils deviennent familiers avec les phénomènes nerveux causés par une lésion dentaire, de rechercher la cause de l'effet ou *vice versa.*

Le cinquième nerf crânien innerve les dents, ses deuxième et troisième branches allant aux maxillaires supérieur et inférieur respectivement, de sorte qu'une branche de ce nerf serait invariablement affectée dans un cas d'irritation dentaire.

Histologiquement, il n'y a pas de distinction entre un nerf moteur et un nerf sensitif. En suivant l'un ou l'autre des nerfs dentaires, on observera sur leur trajet un ganglion. Le ganglion de Mœckel appartient à la seconde branche du trijumeau. Ce sont des centres de gouvernement local, chacun est pourvu d'une fibre sensitive, d'une fibre motrice et d'une racine lymphatique, conférant certaines propriétés spécifiques qui se distribuent par ses branches ; mais les racines de ces ganglions sont sous le contrôle d'un pouvoir central ; et les racines sensitives envoient leurs impressions au centre nerveux à la base du cerveau.

Le ganglion de Gasser sur la racine du cinquième nerf sensitif est analogue au ganglion des racines postérieures des nerfs de la moelle épinière, et une de ses fonctions principales est de gouverner la nutrition des fibrilles qui la traversent. En considérant le centre du cinquième nerf, on remarque deux choses : premièrement l'origine étendue de ses fibres ; secondement, l'écartement des cellules qui constituent cette origine. Les plus hautes fibres s'élèvent d'un groupe de cellules tout près du troisième nerf crânien, quand les plus basses peuvent être retrouvées au niveau de la seconde vertèbre cervicale. Dans l'intervalle, entre ces deux points, le cinquième nerf est en parenté étroite avec tous les nerfs crâniens, du troisième au douzième inclusivement, comme aussi avec les nerfs vertébraux sensitifs placés plus bas. Il est très intéressant de remarquer que ces fibres, qui vont par en bas à la moelle épinière, dégénèrent quand leur relation avec le ganglion est interrompue. Pour l'appréciation de la douleur, la sensibilité doit être intacte ; il arrive assez souvent, cependant, que la douleur n'est pas nettement localisée, et dans nombre de cas on ne peut expliquer ce phénomène. Ainsi, une première bicuspide peut occasionner une grande douleur, mais quand on a dévitalisé la pulpe et fait une obturation appropriée, le patient cesse de souffrir. Quelques années plus tard cependant, on peut ressentir une violente douleur à la même dent, et elle provient d'une molaire voisine cariée. L'explication est qu'il est plus facile à la force nerveuse de suivre un parcours déjà suivi par la souffrance, que d'exciter une autre cellule nerveuse saine et non irritée. Si un patient se plaint d'une douleur dans le rayon pourvu par la première ou la seconde branche de la cinquième paire, on peut supposer que la source du mal réside au maxillaire supérieur; si la région malade est pourvue par

la troisième division du cinquième, le grand occipital, le petit occipital, le grand auriculaire, ou les nerfs cervicaux superficiels, on trouverait la cause initiale au maxillaire inférieur. Le Dr Maughan cite alors quelques cas de douleurs éloignées d'origine dentaire.

1° Un cas de vue troublée, depuis 12 ans, la pupille de l'œil droit dilatée et insensible à la lumière. A l'examen de la bouche on trouva une molaire droite supérieure cariée, on en fit l'extraction et trois semaines après la patiente recouvra la vue ;

2° Une femme de 45 ans, légèrement presbyte des deux yeux, mais surtout du droit, se plaignit d'une première bicuspide supérieure, on l'enleva et on obtint des résultats satisfaisants ;

3° Un cas de M. Hutchinson. Une femme affaiblie par l'allaitement, se plaignit de troubles visuels du côté gauche, avec douleur à la pupille et au front; l'œil était larmoyant, irritable, elle ne parle pas de maux de dents précédents, mais M. Hutchinson fit l'extraction d'une molaire supérieure cariée et les symptômes disparurent. Dans ce cas le rameau qui aurait dû faire mal, transmettait la douleur à un rameau sensitif adjacent.

M. Maughan, en considérant la douleur éloignée dans les maladies dentaires, est frappé par deux faits; le premier, la situation unilatérale de la douleur, l'autre l'association ordinaire d'une région séparée avec chaque dent séparée.

Quant au diagnostic, il est difficile. Si le chirurgien-dentiste a des raisons pour soupçonner l'existence de la chlorose, de l'anémie, de l'hystérie, des troubles gastro-intestinaux, la migraine, le rhumatisme, etc., il manquerait à son devoir en ne conseillant pas au malade de consulter son médecin. D'un autre côté, le médecin ne ferait preuve ni de jugement, ni d'honnêteté, s'il continuait à administrer des médicaments et que le mal soit d'origine dentaire.

Par rapport au traitement, le seul médicament qui ait une valeur réelle pour les douleurs éloignées c'est l'antipyrine, mais il faut beaucoup de précautions pour l'administrer, comme il se produit parfois de la cyanose ou une dyspnée subite, il réussit mieux aux patients pâles et minces, encore jeunes. La dose devrait être de deux à cinq grains (0,10 à 0,30 centigrammes) toutes les deux heures jusqu'à soulagement. S'il y a des symptômes de dégénérescence du cœur on ferait mieux de prescrire un mélange d'ammoniaque, de gentiane, esprit de chloroforme, avec de petites doses d'antipyrine. Comme traitement local on peut faire des frictions à l'onguent de thérébentine et le massage. Comme traitement dentaire, il est inutile de donner ici aucun avis.

Si une douleur éloignée persistait après les soins dentaires, on devrait avoir recours au galvanisme qui probablement complèterait le traitement.

M. C. S. Tomes. — J'ai observé un cas intéressant concordant avec ceux cités par M. Maughan. Une dame se plaignait d'une douleur très forte dans un bras, mais elle ne pouvait localiser cette douleur. A ce moment elle n'avait aucune dent morte, mais un ou

deux nerfs vivants qui étaient suspects, on les détruisit et la douleur fut diminuée. Trois ou quatre ans après elle revint, et cette fois la douleur semblait provenir d'une inflammation modérée causée par une des dents que l'on croyait morte. Chez cette même patiente la même particularité existe pour la distribution de la douleur, cette douleur étant très ostensible le long du bras, et est revenue une seconde fois, ce qui fait voir qu'elle suivait apparemment le même trajet avec facilité.

Un autre point, c'est que la douleur éloignée se produisit d'abord quand les nerfs étaient vivants, et ensuite quand ils étaient détruits.

M. Cornélius C. Robbins. — Il y trois ans, une femme de 26 ans vint me trouver, se plaignant de violentes névralgies intermittentes ; elle avait déjà consulté un autre dentiste qui avait noté une grande inflammation de la dent de sagesse et conseilla l'extraction. Pour cela on lui administra du protoxyde d'azote, et la patiente comme le médecin qui assistait à l'opération crurent que la dent entière avait été enlevée. Ayant toujours les mêmes douleurs névralgiques et avec autant d'intensité, on supposa que c'était constitutionnel. Une autre année s'écoula et on lui conseilla alors de me consulter. Je m'aperçus que la deuxième molaire n'avait pas d'antagonisme et était très élevée et que par derrière, la gencive était très boursouflée, elle avait souffert de douleurs dans le bras droit et avait eu un eczéma grave. Je sondai derrière la seconde molaire, soupçonnant l'existence d'une dent de sagesse enfouie, et je retrouvai la plus grande partie de la dent de sagesse, je l'enlevai avec un élévateur, il existait un gros abcès et une double courbure à l'extrémité de la racine. La douleur disparut entièrement au bout de six semaines, et l'eczéma s'effaça également.

M. W. A. Hunt, en réfère à des communications antérieures sur le même sujet, par M. Power et le Dr Job. Collins, il cite un cas dans la clientèle de feu M. Sercomb. La patiente éprouvait de violentes douleurs névralgiques dans le voisinage de l'utérus, elle avait aussi une dent qui la faisait beaucoup souffrir ; aussitôt après l'extraction de la dent elle ressentit une douleur épouvantable dans la région indiquée, cela dura quelques minutes et la douleur ne reparut plus jamais.

Le Président annonce que la prochaine réunion aura lieu le 6 mars ; on fera une communication de M. G. W. Watson, d'Edimbourg, sur « Les Conditions Pathologiques de la pulpe dentaire », avec des projections.

La séance est levée.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA LOI NOUVELLE ET LES DENTISTES

Sous ce titre M. Magitot publie dans la Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie *du 11 mars 1893 un article dont nous reproduisons les passages essentiels.*

« Sans donc s'attarder à discuter davantage une loi aujourd'hui votée ou promulguée, cherchons sans idée préconçue quel parti on peut en tirer au point de vue de l'organisation de l'enseignement et de la pratique de l'art dentaire en France.

» C'est là, au surplus, la tâche qui vient d'incomber au Conseil supérieur de l'instruction publique réuni, en ce moment même à cet effet.

» Or, au point de vue de l'enseignement de l'art dentaire, les seules solutions en présence sont les suivantes :

» 1° L'enseignement par les facultés de médecine ;

» 2° L'enseignement par les hôpitaux ;

» 3° L'enseignement par des écoles spéciales.

» L'enseignement par les facultés de médecine paraît devoir rencontrer des difficultés insurmontables. Créera-t-on une chaire de stomatologie ou d'odontologie? Et dans ce cas, qui l'occupera? Un médecin étranger à la Faculté ? Il n'y faut pas songer ; nos Facultés sont des corps fermés. Il faudrait donc préparer à cet enseignement nouveau un agrégé de médecine ou de chirurgie. Mais cela demandera beaucoup de temps, car on ne doit pas laisser ignorer aux membres du Conseil que pour faire d'un docteur en médecine un dentiste instruit et expérimenté il ne faut pas moins de deux ou trois années d'études spéciales. Combien de temps faudra-t-il donc s'il s'agit de former un professeur? D'autre part si cet enseignement reste théorique, il est nécessairement insuffisant et l'élève devra, au sortir du cours, aller compléter son éducation au dispensaire avec les exercices pratiques et au laboratoire pour les questions techniques et la prothèse.

» Ceci nous conduit à examiner l'enseignement à l'hôpital. Ici encore il restera fort incomplet : Les cours théoriques n'y pourront trouver place, et si nos consultations hospitalières peuvent constituer un excellent enseignement clinique, elles ne se prêtent guère à l'installation de salles d'exercices pratiques et d'ateliers de prothèse.

» Il nous reste donc la dernière solution qui repose sur la création d'une école spéciale suivant l'un des modes adoptés dans un certain nombre de pays.

» Considérée en soi, l'école spéciale donne immédiatement l'idée d'un enseignement centralisé et complet. Les élèves y trouvent ré-

unies toutes les matières de leur éducation; les différentes formes théorique, clinique et technique y prennent leur place réciproque et concourrent au but commun qui est de former, pendant un nombre déterminé d'années, des praticiens suffisamment préparés et instruits. Et maintenant, quelles conclusions tirerons-nous de ces considérations, quelle solution proposons-nous au problème posé ?

» Nous allons essayer de répondre.

» L'État par la loi nouvelle ayant contracté l'obligation d'un enseignement officiel de l'art dentaire en conformité du nouveau titre ne peut réaliser cet engagement que par la création d'une école spéciale.

» Cette école, crée de toutes pièces, une et homogène, sous une direction unique formée d'un personnel exclusivement médical, placée sous le contrôle de l'autorité et la dépendance de la Faculté de médecine, serait tenue à délivrer l'enseignement complet, théorique, clinique et technique de l'art dentaire[1] ; elle aurait quelque analogie avec nos écoles vétérinaires.

» L'enseignement y comprendrait :

» 1° Les notions scientifiques du baccalauréat ès sciences ;

» 2° Les notions médicales générales ;

» 3° Les notions professionnelles spéciales anatomie et physiologie spéciales, — pathologie et médecine opératoire — bactériologie et thérapeutique — clinique et opérations — prothèse, exercices pratiques ;

» 4° Age d'admission : 18 ans ;

» 5° Durée des études : 3 années.

» Tel serait, dans les lignes essentielles le projet qui, suivant nous, réaliserait le mieux les indications de la loi nouvelle.

» La création d'une école d'Etat est donc la solution qui s'impose.

» Dr Magitot,
» Membre de l'Académie de médécine. »

UNE NOUVELLE APPRÉCIATION DES ÉCOLES DENTAIRES FRANÇAISES

On connaissait les opinions de MM. Verneuil, Trélat, P. Bert, Brouardel, Bourneville, Liard, Monod, sur les Écoles dentaires françaises. En voici une autre. Elle est toute récente. Elle est signée de M. Magitot et est donnée en renvoi de l'article cité plus haut.

« On nous permettra de garder le silence sur les écoles dentaires, qui se sont créées depuis quelques années à Paris et qu'au premier

1. Renvoi reproduit plus loin. N. D. L. R.

abord on pourrait songer à utiliser dans l'organisation prochaine. Ces écoles sont entièrement dépourvues de tout caractère scientifique; le diplôme qu'elles délivrent est sans sanction et sans valeur. Ce ne sont du reste que de simples associations de professeurs, chefs de clinique, etc. titres que nous retrouvons dans les annonces de nos murailles et jusque sur les toiles-réclames de nos théâtres. Ces deux écoles, malgré le patronnage de plusieurs personnallités scientifiques ou administratives, n'ont d'ailleurs rien produit, et leur impuissance a été reconnue dans une circonstance récente où l'une d'elles a cru devoir prendre rang d'exposant à l'Expositon universel de 1889.

Comme en termes galants ces choses-là sont dites !

M. Magitot porte une accusation contre des professeurs et chefs de clinique des Ecoles dentaires existantes, qui, dit-il, se servent de leurs titres par des annonces sur les murailles et les toiles-réclames de nos théâtres. Nous estimons que les Conseils de Direction de ces écoles ne peuvent pas rester sous cette accusation qui atteint tous les membres du corps enseignant. L'Ecole Dentaire de Paris, pour ne parler que de celle que nous connaissons bien, a parmi ses professeurs honoraires un médecin et un chirurgien des hôpitaux, parmi ses professeurs en exercice des anciens internes; récemment elle s'est honorée en faisant place à un agrégé de la Faculté de Médecine de Paris. Son corps enseignant contient des dentistes qui, pas plus que les médecins leurs collègues, ne veulent de certaines promiscuités.

Il est absolument nécessaire qu'une enquête établisse la valeur des accusations de M. Magitot et qu'une protestation collective soit envoyée à la *Gazette Hebdomadaire.*

Ce premier point éclairci, il restera à montrer pourquoi le Jury de l'Exposition de 1889, qui ne contenait comme dentistes que ledit M. Magitot dont on connaît l'impartialité, et son ancien élève M. David, céda à la pression de ces professionnels.

P. D.

UNE ÉVOLUTION

L'ENSEIGNEMENT DE L'ART DENTAIRE D'APRÈS M. MAGITOT

(Première manière.)

Que l'enseignement théorique rentre dans le cours de médecine opératoire, où il figure déjà d'ailleurs et qu'il y prenne le développement nécessaire. Et quand à l'enseignement clinique, que la Faculté, à l'imitation de l'école du Val-de-Grâce, en confie le soin à l'un des jeunes agrégés *chargés de cours*, qui le professerait dans un hôpital à clinique chirurgicale.

(Lettres sur les projets de réglementation légale de l'Art dentaire en France. A M. le docteur DECHAMBRES, président au Comité de rédaction de la *Gazette Hebdomadaire*.)

L'ENSEIGNEMENT DE L'ART DENTAIRE D'APRÈS M. MAGITOT

(Deuxième manière.)

L'enseignement par les facultés de médecine paraît devoir rencontrer des difficultés insurmontables. Créera-t-on une chaire de stomatologie? Et dans ce cas, qui l'occupera? Un médecin étranger à la Faculté? Il n'y faut pas songer; nos Facultés sont des corps fermés. Il faudrait donc préparer à cet enseignement nouveau un agrégé de médecine ou de chirurgie.

Mais cela demandera beaucoup de temps, car on ne doit pas laisser ignorer aux membres du Conseil que pour faire en médecine un dentiste instruit et expérimenté, il ne faut pas moins de deux à trois années d'études spéciales. Combien de temps faudra-t-il donc s'il s'agit de former un professeur?

D'autre part, si cet enseignement reste théorique, il est nécessairement insuffisant et l'élève devra, au sortir du cours, aller compléter son éducation au dispensaire avec les exercices pratiques et au laboratoire pour les questions techniques et la prothèse.

Ceci nous conduit à examiner l'enseignement à l'hôpital : Ici encore, il restera fort incomplet : Les cours théoriques n'y pourront trouver place, et si nos consultations hospitalières peuvent constituer un excellent enseignement clinique, elles ne prêtent guère à l'installation de salles d'exercices pratiques et d'ateliers de prothèse.

Il nous reste donc la dernière solution qui repose sur la création d'une école spéciale, suivant l'un des modes adoptés dans un certain nombre de pays.

(*Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 11 mars 1893.)

L'ENSEIGNEMENT DE L'ART DENTAIRE EN FRANCE

On vient de lire l'article de M. Magitot. Etant donné l'importance du recueil, la haute situation de l'auteur, la gravité des événements, nous ne pouvons négliger cette manifestation, dont les tendances nous paraissent absolument préjudiciables au développement de l'Art Dentaire en France.

Nous examinerons succinctement les affirmations de M. Magitot et montrerons les conséquences du plan qu'il préconise.

Nous ne pouvons que le féliciter de sa conversion tardive à l'enseignement spécial de notre profession. Nous ne nous attendions pas à trouver sous sa plume une condamnation aussi nette de l'enseignement à la Faculté, ainsi que de l'enseignement à l'hôpital. Qu'on relise le passage, il est concluant. On ne saurait mieux dire. Et sur ce point qui donc sera mieux écouté que lui.

Il y a douze ans il pensait que quelques leçons intercalées dans le cours de médecine opératoire, des démonstrations dans un hôpital de clinique chirurgicale suffisaient. Il repousse cette opinion d'antan, et maintenant il ne veut pas laisser ignorer aux membres du Conseil « *que pour faire un dentiste instruit et expérimenté il ne faut pas moins de deux à trois années d'études spéciales* ». Comment a-t-il été conduit à cette nouvelle opinion. Est-ce parce que plus que d'autres il a été à même de constater l'insuffisance des jeunes docteurs qui veulent pratiquer l'art dentaire? Ou bien subit-il à la fin de sa carrière l'infiltration des idées ? Obéit-il à la propagande par le fait résultant de la longue existence des écoles spéciales ? Nous ne saurions le dire. Le revirement n'en est pas moins complet et éclatant. Nous l'enregistrons.

Hélas ! nos félicitations s'arrêtent là, et nous nous voyons dans l'obligation de combattre de toutes nos forces le plan qu'il propose, les exemples donnés à l'appui.

L'éminent académicien est mal informé sur nombre de points, il parle de trois ou quatre années dans les écoles américaines. Jusqu'en 1891, ces écoles n'avaient qu'une scolarité de deux années, et les trois ans ont été établis par un vote récent de l'Association des Facultés dentaires américaines.

M. Magitot se trompe également quand il dit : « Dans l'Allemagne du Nord, l'enseignement qui confère le diplôme spécial est l'Institut Odontologique de Berlin. » Dans l'Allemagne du Nord il y a comme écoles dentaires dépendant des Universités, l'Institut de Berlin, celui de Breslau, celui de Halle, celui de Kiel, celui de Bonn. Cette nécessité d'écoles provinciales ne doit pas être passée sous silence. Elle est une conséquence du système des écoles payées par le contribuable.

Pour l'Ecole de Genève, il n'y a pas seulement manque d'information. Notre éminent compatriote parle favorablement de cette école, parce qu'il a besoin de rabaisser ce que son pays possède, d'exagérer la valeur de ce qui se fait à l'étranger. Que ne consulte-t-il les dentistes génevois, il apprendrait que l'Ecole de Genève est

sans crédit professionnel ; la recette élève y manque, et elle ne vit que par la subvention du budget cantonnal et les honoraires que la fabrication des appareils et la rétribution des opérations assurent.

La pétition suivante des dentistes genevois et les délibérations du Conseil d'Etat en font foi.

Vu les faits ci-dessus, desquels il résulte que l'Ecole dentaire cause par une exploitation régulière, un préjudice financier aux dentistes établis à Genève, que la clientèle de l'Ecole est composée en grande partie de gens aisés ou qui peuvent subvenir largement aux dépenses nécessitées par l'état de leurs dents ; les soussignés prient le Conseil d'Etat de vouloir bien introduire dans les règlements de l'Ecole par les voies et moyens qu'il jugera convenables, un article abrogeant le paragraphe relatif au tarif et statuant que les opérations, obturations et appareils seront faits gratuitement par les élèves de l'Ecole, et pour les indigents seulement.

Suivent les signatures de vingt citoyens suisses, autorisés à pratiquer l'art dentaire dans le canton de Genève.

Le 29 octobre 1890, les dentistes de Genève fondèrent la Société Odontologique Génevoise et chargèrent dès le début leur président de demander au Conseil d'Etat une réponse officielle.

Consultée par M. le Conseiller d'Etat Richard la commission de l'Ecole Dentaire émit le 7 janvier l'avis suivant.

« La commission de l'Ecole Dentaire désireuse de maintenir les bons rapports entre les dentistes et l'Ecole dentaire préavise unanimement en faveur de la prise en considération de la pétition qui lui paraît parfaitement motivée. »

Le 20 janvier 1891, la Société Odontologique reçut enfin une réponse, qui dit en substance ceci :

Le Conseil d'Etat reconnait en principe le bien fondé des revendications des dentistes de Genève et promet de donner toute son attention à l'examen de la pétition aussitôt que la commission de l'Ecole Dentaire aura terminé son étude sur un projet destiné à donner satisfaction aux dentistes tout en maintenant les ressources de l'Ecole.

(Pétition présentée au Grand Conseil de la République et Canton de Genève le 7 décembre 1891.)

Pendant ses premières années l'Ecole dentaire de Genève a eu jusqu'à 20 et 30 étudiants... en 1891-1892 le nombre en est tombé à la moitié.

L'installation de cette école officielle a coûté au budget du canton 38.700 francs : son insuffisance de recettes est annuellement de 12 à 15.000 francs (malgré la ressource de clientèle).

Voilà le modèle qu'on nous donne.

Si le duc de Brunswick nous avait favorisé de ses largesses posthumes, si nos budgets avaient encore un peu d'élasticité, on pourrait peut-être imiter nos voisins helvétiques. Hélas ! tout cela nous manque. (Que M. Magitot s'informe auprès de l'éminent doyen de la Faculté de Médecine comment on arrive à chauffer les locaux dont son administration a la garde.)

Veut-on que la République Française comme la République de Genève fabrique des dentiers artificiels. (A l'Ecole de Genève le prix

en est de 80 à 100 francs.) Allons-nous assister à l'éclosion d'une nouvelle manufacture nationale? Allons-nous connaître le dentier électoral?

Je ne sais si nous nous trompons, mais nous serions bien étonné que les Commissaires du Gouvernement, MM. Brouardel et Liard, dont le crédit a toujours été très grand auprès des Chambres aillent livrer bataille auprès des Commissions du budget, puis le cas échéant, devant les Chambres, pour demander des sacrifices aux contribuables en infirmant leurs déclarations solennelles devant les dites assemblées. Si M. Magitot n'abandonne pas sa proposition actuelle, comme il a abandonné ses idées précédentes, nous sommes convaincu que ceux qui ont d'autres responsabilités que les siennes reculeront devant les difficultés considérables que son plan soulève.

Paul Dubois.

Nous examinerons, dans un prochain article, les conséquences budgétaires de la création à Paris et dans les six autres facultés de médecine d'écoles dentaires nationales.

QU'ALLEZ-VOUS FAIRE ?

Les attaques de M. Magitot sont un signe des temps. Nous estimons que si elles n'ont pas osé se produire plus tôt, c'est que les Ecoles ne s'étaient pas diminuées elles-mêmes dans l'opinion professionnelle. Ceci indiqué, les récriminations ne figureront pas ici. Le passé nous est indifférent, l'avenir seul nous préoccupe.

Les responsabilités sont graves pour ceux qui ont assumé l'honneur de diriger la première Ecole dentaire française.

Nous voulons espérer qu'ils en sentent tout le poids. Quel est leur plan ? Comme nous le démontrons plus haut, des difficultés budgétaires, administratives, les déclarations précédentes des Commissaires du gouvernement s'opposent à la création d'Ecoles d'Etat.

Mais il faut que cela soit dit. Qui présentera au Conseil supérieur de l'instruction publique, les raisons majeures qui militent en faveur de l'enseignement libre de l'art dentaire, sur le territoire de la République française M. Magitot et les intérêts dont il est le syndic seront-ils les seuls qui se feront entendre ? Les deux Ecoles dentaires existantes ont en la circonstance une solidarité évidente. Elles peuvent, elles doivent formuler des vœux, exposer un plan qui s'adapte au nouvel état de choses.

Ce plan doit s'imposer à qui de droit par sa simplicité d'exécution, par l'économie d'un nouveau chapitre du budget, par le respect de l'initiative privée.

Qu'allez-vous faire ?

P. D.

PÉTITION DE LA SOCIÉTÉ DES DENTISTES DU SUD-OUEST

A la dernière heure nous recevons la pétition dont le texte suit :

A MM. les Membres de la Commission de l'Enseignement supérieur :

La Société des *Dentistes du Sud-Ouest*, a l'honneur, tant en son nom qu'au nom de tous les Dentistes, de soumettre à votre bienveillance ses vœux touchant l'instruction des futurs praticiens.

D'autres Sociétés, dont naguère plusieurs des principaux membres combattaient la loi que nous n'avons cessé de réclamer, vont sans doute tenter tous leurs efforts pour se faire attribuer le monopole de l'enseignement de l'Art Dentaire, et centraliser cet enseignement à Paris. C'est du moins ce qui semble ressortir d'un article paru dans un de leurs journaux : *La Revue internationale d'Odontologie*, janvier 1893.

Nous osons espérer, messieurs, que vous voudrez bien repousser cette tentative.

Ce n'est pas en effet au moment où l'État multiplie le nombre des Facultés, pour faciliter aux moins fortunés l'obtention des diplômes médicaux, qu'il convient, croyons-nous, d'aggraver la nouvelle loi sur l'organisation de l'Art Dentaire, en obligeant les futurs dentistes à aller à Paris faire des études qu'ils pourraient tout aussi bien mener à bonne fin en province.

Les principaux arguments que font valoir les partisans de la centralisation sont les difficultés de trouver en province un personnel enseignant offrant assez de garanties et les difficultés d'ordre budgétaires.

En ce qui concerne le premier de ces arguments, nous nous permettrons de faire remarquer que la province n'est pas aussi dépourvue qu'on voudrait le faire accroire. Nous pourrions, à ce propos, rappeler le nom de Claude Martin, de Lyon, et de tant d'autres, moins connus à la vérité que l'innovateur de la prothèse immédiate dans les grandes opérations de la bouche et de la face.

Le deuxième argument à moins encore sa raison d'être ; ce qu'on a pu reprocher à quelques dentistes recrutés un peu partout, parmi les déclassés de toutes nationalités et de toutes professions, c'est le défaut d'instruction scientifique ; or la province est assez abondamment pourvue de Facultés et d'Écoles de médecine où les futurs dentistes pourraient, tant à l'école qu'à l'hôpital, suivre des cours spéciaux d'anatomie, de pathologie et de médecine opératoire, cours qui seraient faits par des professeurs ou leurs suppléants, sans aucun frais pour l'État.

La partie technique, prothèse, etc., dont l'apprentissage est souvent fort long, serait apprise dans les ateliers chez les dentistes

qui trouveraient plus aisément, comme les pharmaciens, des élèves et des employés sérieux, et ne seraient pas obligés d'envoyer leurs enfants au loin, pour faire leurs études ; du reste les examens passés devant un Jury d'Etat offriraient toutes les garanties.

En conséquence, messieurs, nous avons l'honneur de recommander à votre bienveillante attention, les mesures que nous serions heureux de voir appliquer à l'organisation de l'enseignement de l'Art Dentaire.

1° *Nul ne pourra se présenter aux examens de chirurgien-dentiste, s'il n'est âgé de 21 ans et s'il n'a fait un stage de trois années chez un ou plusieurs dentistes établis en France ;*

2° *Le stage sera contrôlé par l'inscription de l'élève dentiste à la Faculté ou à l'Ecole de médecine la plus rapprochée de sa résidence ;*

3° *Le programme des examens et la composition du Jury seront fixés par M. le Ministre de l'Instruction publique ;*

4° *Les étrangers qui désireront s'établir en France seront soumis aux mêmes mesures et aux mêmes examens que les nationaux.*

Le Président, Dr GUÉNARD. *Le Secrétaire Général,* F. ROUSSET.

Les Membres de la Commission,
E. BRUGEILLE, Dr DUNOGIER, GRIMARD, MIREBEAU.

UN MOT DE RÉPONSE A LA PÉTITION DE LA SOCIÉTÉ DES DENTISTES DU SUD-OUEST

Nous recevons au moment de mettre sous presse la pétition ci-dessus, émanant de la Société des Dentistes du Sud-Ouest, trop tard par conséquent pour y répondre comme il conviendrait.

Nous ne voulons pas pourtant laisser ignorer à nos confrères la stupéfaction profonde dans laquelle nous a plongé la lecture de leur circulaire.

Nous ne nous expliquons pas bien ce qui a pu, dans notre article émotionner nos confrères au point de leur faire voter le projet qu'ils adressent au Comité de l'Enseignement supérieur.

Nous nous sommes borné à exposer le plus clairement possible les diverses solutions qui vont s'imposer à l'examen du gouvernement. C'est ainsi que cet article a été compris par tout le monde, permettez-moi, mes chers confrères, de ne pas vous féliciter ou plutôt de ne pas féliciter celui qui a rédigé votre pétition, de la solution qu'il a choisie et que vous patronnez.

En effet, quel est pour l'avenir de notre profession le danger de la loi telle qu'elle a été votée : C'est que les Facultés de médecine s'emparent de l'enseignement de l'Art Dentaire ; c'est, pour les dentistes, que le personnel médical envahissent notre profession. Quel est pour les dentistes le moyen d'éviter ce danger : L'*Enseignement spécial avec les Ecoles et les Sociétés Dentaires.*

C'est ce qui a été compris dans presque tous les pays. C'est le but de la campagne des dentistes parisiens depuis 12 ans.

Mais, chers confrères, qui donc a rédigé votre projet, il est plus rétrograde que les projets actuellement réclamés par les médecins, le Dr Magitot lui-même dans son projet se rallie au principe de l'Enseignement spécial en dehors de la Faculté de médecine avec une Ecole Dentaire, seulement il demande qu'elle soit créée par l'Etat et confiée à ses amis. Tandis que vous, Société de dentistes, vous réclamez pour les dentistes l'Enseignement à l'Ecole de médecine. Mais c'est une abdication et un aveu d'impuissance : abdication en faveur des médecins puisque vous demandez qu'on leur confie l'éducation des futurs dentistes ; aveu d'impuissance car il vous est bien facile d'éviter le monopole des écoles dentaires parisiennes, vous n'avez qu'à offrir à l'Etat d'en créer une à Bordeaux, à vos frais, comme nous l'avons fait à Paris. Vous faciliterez ainsi la solution de cette question qui embarrasse actuellement le gouvernement, l'organisation de l'enseignement de l'Art Dentaire en province, en prouvant par les faits qu'il n'y a pas de difficulté d'ordre budgétaire ou de capacité pour les dentistes véritablement animés du désir d'être utiles à leur profession.

Ch. Godon.

P. S. — Nous ne pouvons que regretter en présence de la pétition envoyée par la Société des dentistes du Sud-Ouest que les administrateurs des deux Ecoles n'aient pas encore fait connaître le projet qu'ils veulent défendre devant le Comité d'Enseignement supérieur.

CODE DU CHIRURGIEN DENTISTE

Par MM. Roger et Ch. Godon.

Jusqu'à ce jour les dentistes n'avaient guère d'obligations légales spéciales. Le droit commun limitait leur liberté. Il n'en est plus de même après l'adoption de la loi de 1892. Ils se trouvent régis par une série de dispositions législatives particulières, qu'ils ne peuvent ignorer.

Quelles seront les conditions de pratique de ceux qui continueront à exercer en vertu des dispositions transitoires? Comment pourra-t-on s'engager dans la carrière? Ce sont là des questions qui préoccupent au plus haut point le corps professionnel. Personnellement nous avons la preuve de ces préoccupations, par le grand nombre de lettres, de demandes de renseignements qui nous parviennent.

Le livre de MM. Roger et Godon que nous annonçons (et qui va paraître dans les premiers jour d'avril) répondra mieux que nous ne saurions le faire, aux questions que notre situation nouvelle soulève.

Nous sommes heureux de pouvoir en présenter deux courts

extraits à nos lecteurs. Ils démontrent l'importance de la connaissance par le dentiste de ses obligations légales, vis à vis des pouvoirs publics, à l'égard de la clientèle les conditions des rapports corrects entre confrères.

DEUXIÈME PARTIE

Commentaire de la loi du 30 novembre 1892

TITRE II

CONDITIONS DE L'EXERCICE DE LA PROFESSION DE DENTISTE

§ 1er. Légitimité du diplôme de dentiste. — § 2. L'Enseignement de l'art dentaire, son organisation par l'Etat. — § 3. Responsabilité de l'homme de l'art. — Responsabilité civile et pénale. — § 4. Vente de la clientèle. — § 5. Nature juridique de la profession de dentiste.

....

§ 3. — Responsabilité de l'homme de l'art.

A. Généralités. — L'exercice de l'art dentaire, de même que l'exercice de l'art médical, par des personnes non munies d'un diplôme régulier, peut donner lieu à des poursuites pour exercice illégal de la médecine (V. *infra*, art. 17). Mais il y a plus, les hommes de l'art, pourvus d'un diplôme régulier, peuvent, néanmoins, engager professionnellement leur responsabilité soit civile, conformément aux articles 1382 et suivants du Code civil, soit pénale, par application de l'article 319 du Code pénal.

C'est le moment d'étudier successivement ces deux sortes de responsabilité en indiquant les règles qui leur sont spéciales.

En principe, tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la *faute* duquel il est arrivé, à le réparer. C'est le principe consacré par l'article 1382 du Code civil. L'article 1383 ajoute que chacun est responsable du dommage qu'il a causé, non seulement par son *fait*, mais encore par sa *négligence* ou par son *imprudence*.

L'article 1384 porte aussi que l'on est responsable, non seulement du dommage que l'on a causé par son propre fait, mais encore de celui qui a été causé par le fait des *personnes* dont on doit répondre (tels, le père ou la mère, à l'égard de leurs enfants mineurs; les maîtres et commettants, à l'égard de leurs domestiques ou préposés ; les instituteurs, de leurs élèves) ou des *choses* que l'on a sous sa garde (tel, le propriétaire, à l'égard des animaux et des bâtiments qui lui appartiennent, art. 1385 et 1386 du Code civil). Tels sont les textes sur cette matière en y joignant les articles 319 et 320 du Code pénal relatifs à la responsabilité pénale visant l'homicide et les blessures par imprudence.

A un point de vue plus spécial, les actes dommageables dentaires peuvent être groupés en trois classes : 1° les dommages causés par un acte volontaire, ceux-là sont du ressort du droit pénal ;

2° les actes de négligence ; 3° ceux d'ignorance ne donnant, en général, lieu qu'à des réparations civiles.

L'acte volontaire dommageable existe quand un dentiste procède à une opération qu'il sait et qu'il connaît comme devant apporter un certain trouble dans la santé du patient, causer un mal à sa personne et même sa mort.

Le fait de négligence comprend les cas qui n'ont pas été accomplis dans une intention délictueuse, mais qui dénotent chez l'homme de l'art l'oubli des précautions qu'il doit prendre quand son intervention est requise. Tel serait le cas d'un dentiste qui causerait un préjudice à son client en faisant une opération en état d'ébriété.

L'ignorance s'entend de tout traitement ou opération préjudiciables qu'un dentiste d'une instruction moyenne considérerait comme impropre et inapplicable à la maladie soignée.

Lorsque le fait qui donne lieu à la responsabilité n'est puni par aucune loi, une simple action en dommages-intérêts est seule ouverte au profit de la partie lésée. C'est l'application de l'article 1382 du Code civil. Que si, au contraire, le fait dommageable est puni par la loi, la question de responsabilité et de dommages-intérêts peut être soulevée en même temps que la question de pénalité, et devient un accessoire de la poursuite criminelle.

....
....

§ 4. — De la vente de la clientèle.

Un chirurgien-dentiste peut-il valablement vendre sa clientèle ?

La question a été assez souvent portée devant les tribunaux, en ce qui concerne les médecins. On a dit, pour leur refuser ce droit, que la clientèle des médecins, fondée sur la confiance publique et le choix libre des parties intéressées, n'étant point dans le commerce, ne pouvait, par conséquent, faire l'objet d'une vente (C. de Paris, 29 décembre 1847 ; P. 1848. 1. 123 ; trib. de Meaux, 27 août 1849 ; de Montargis, 21 novembre 1859). Dans un autre système, on soutient que le médecin peut vendre sa clientèle, par application de ce principe, que tout ce qui n'est pas défendu par la loi est permis. M. Dubrac (*op. cit.*, p. 515) fait justement observer que l'officier ministériel ne vend pas son titre qui n'est pas dans le commerce, puisqu'il est conféré par l'Etat, mais il est bien évident qu'il cède sa clientèle. Ajoutons que les décisions des cours et tribunaux qui considèrent comme illicite, de la part du médecin, la vente pure et simple de sa clientèle, cette clientèle n'étant pas dans le commerce, voient dans l'engagement du médecin de ne plus exercer la médecine dans un endroit déterminé, un engagement valable, aux termes de l'article 1126 du Code civil ; Angers, 28 décembre 1848 (S. 49. 2. 105) ; Paris, 29 avril 1865 (S. 65. 2. 123) ; Paris, 25 juin 1884 (D. 86. 1. 175).

La question a été également soumise aux tribunaux relativement aux chirurgiens-dentistes. Un jugement de Montpellier, du 5 juin 1890, confirmé par l'arrêt de la Cour de Montpellier, du 21 mars 1891

(V. le journal l'*Odontologie* de 1891, p. 460), s'est appuyé pour reconnaître ce droit au dentiste sur ce que « n'étant astreint, en France, à aucun diplôme, il ne peut être assimilé à un médecin et doit être considéré comme un industriel ». Aujourd'hui, l'argument n'aurait plus de raison d'être. La Cour de Montpellier a confirmé ce jugement par d'autres motifs il est vrai. Elle a plutôt indiqué les vraies raisons de décider dans le sens de la validité du contrat, en disant que « le contrat par lequel le dentiste s'interdit, au moyen de la cession de sa clientèle au profit d'un autre, l'exercice de sa profession dans un rayon déterminé, n'a rien d'illicite et n'est prohibé par aucune disposition de la loi, sans avoir à rechercher si la clientèle, fondée sur la confiance publique et le choix libre des parties, est ou n'est pas dans le commerce ».

La Cour de Montpellier déclare « qu'il n'y a pas à rechercher si la clientèle fondée sur la confiance publique et le choix libre des parties, est ou n'est pas dans le commerce ». Et en effet, dans l'espèce, le dentiste s'était interdit l'exercice de sa profession dans un rayon déterminé. Il avait aliéné son droit au travail, il ne cédait pas purement et simplement sa clientèle, ce qui eût pu être déclaré illicite par la Cour, suivant qu'elle eût adopté l'un ou l'autre des deux systèmes ci-dessus indiqués. Il s'interdisait une faculté, celle d'exercer ; cette interdiction peut, à n'en pas douter, faire l'objet d'une cession. De ce que je renonce à l'exercice d'un droit au profit d'un autre et dans un rayon déterminé, il s'ensuit que, comme compensation à cette limitation de mes facultés, j'ai le droit de stipuler une somme quelconque de la personne qui en bénéficie. C'est l'application du droit commun.

Le chirurgien-dentiste peut donc céder sa clientèle, mais il sera prudent, comme le disent très judicieusement MM. Lechopié et Floquet (*op. cit.*, p. 238), pour la validité, de mentionner ce double engagement de la part du cédant : 1° de ne plus exercer dans tel rayon ou telle localité déterminée ; 2° de présenter et recommander le cessionnaire aux clients habituels, la cession pure et simple de la clientèle soulèverait la question de savoir si la clientèle du dentiste est ou n'est pas dans le commerce, question controversée comme nous l'avons dit ci-dessus.

THÉRAPEUTIQUE

MATIÈRE MÉDICALE ET DENTISTERIE OPÉRATOIRE

PRÉPARATION DE L'AMALGAME DE CUIVRE

Par John G. Harper, D. D. S. Saint-Louis-Mo.

Les emplois mécaniques de l'amalgame de cuivre sont nombreux, par exemple les soudures à froid, la confection des moules, etc. Envi-

sageons d'abord la fabrication de l'amalgame par un procédé simple.

En voici une formule.

Faites dissoudre 10 onces de sulfate de cuivre dans deux pintes d'eau, et alors précipitez le cuivre par l'introduction de lamelles de zinc. Lavez le précipité dans l'eau chaude deux ou trois fois, faites égoutter et pour chaque once de cuivre précipité, ajoutez deux onces de mercure, ajoutez aussi un peu d'acide sulfurique (disons 15 à 20 gouttes) pour aider à l'amalgamation. Le cuivre et le mercure forment une pâte qui se solidifie, et durcit en deux heures.

Voici un autre procédé.

A 1 once de sulfate de cuivre pulvérisé ajoutez 8 onces d'eau chaude. Cela dissout promptement le sel. On plonge alors dans la solution une épaisse barre de fer préalablement polie dans un bain d'eau salée.

La formation de solution du sulfate de fer et la précipitation du cuivre en fine pulpe commence immédiatement. On continue ce procédé pendant plusieurs heures on gratte de temps en temps la pulpe de cuivre qui adhère à la plaque de fer et faire retomber dans la solution. Quand le cuivre ne se précipite plus, enlevez la plaque de fer et nettoyez-la pour qu'elle puisse resservir.

La solution est d'une couleur vert jaunâtre et quand elle est suffisamment claire par le dépôt du précipité, on doit la décanter soigneusement.

On doit alors verser assez d'eau salée sur le précipité et remuer sans cesse avec une baguette de verre. C'est pour nettoyer et purifier la pulpe de cuivre, et on devrait le faire de temps en temps pendant quelque heures, jusqu'à ce qu'en agitant il ne se forme plus de globules. Quand on a assez laissé tremper dans l'eau salée on jette l'eau acide, et le résidu pulpeux et mou est mis dans un verre ou un vase de porcelaine, on ajoute 1 once de mercure, on pile le tout au mortier, il s'ensuit une cristallisation très prompte.

Quand l'amalgame est fait on le lave fréquemment. On presse alors doucement dans une peau de chameau, puis la masse à demi écrasée est triturée dans le mortier. On le presse alors très fort, on triture à nouveau, on divise en fractions, on empaquète en moules, on en fait des petits pains, et on laisse durcir. Cela dure de 12 à 24 heures, et l'amalgame est alors bon à servir, et de la forme qu'on nous donne dans les dépôts dentaires.

(Western Dental Journal.)

L'OR MÊLÉ A L'AMALGAME DE CUIVRE

Par J.-E. Register, D. D. S. Dover.

Dans les réactions chimiques, le mélange qui en résulte est différent, dans ses traits caractéristiques, de ses parties composées. Et ce fait m'a démontré qu'il y a un grand avantage à mêler l'or à l'amalgame de cuivre pour fortifier ce dernier dans la résistance aux attaques des substances buccales. Beaucoup de personnes supposent que ces substances sont ou du soufre, formant du sulfate de

soufre soluble, ou de l'acide acétique, formant de l'acétate de cuivre soluble. Je penche plutôt pour ce dernier, car je crois que l'acide acétique est celui qui se forme le plus facilement dans la bouche; cela est dû à la fermentation acétique des ingestas logés entre les dents.

Le Dr H.-G. Register, de Philadelphie, me suggéra ce traitement de l'amalgame de cuivre; mais, comme ce n'est encore qu'une théorie, j'espère que tous les opérateurs qui liront cet article en feront l'essai et, si les résultats sont heureux, on aura obtenu une des meilleures matières obturatrices antiseptiques employées dans l'art dentaire.

Voici ma manière de préparer et d'introduire cet amalgame.

On prépare d'abord du mercure, en plaçant dans une petite fiole une once du meilleur mercure redistillé et on y ajoute une feuille d'or adhésif, *Soft gold-foil, n° 4*. Secouez la bouteille pendant cinq bonnes minutes; au bout de ce temps, on trouvera l'or complètement dissout. En cet état, l'or mercurialisé (nom donné par moi) peut être conservé un temps indéfini et est toujours prêt à être employé. Prenez alors un lingot d'amalgame de cuivre pur, la quantité nécessaire pour remplir votre cavité et tenez-le sur une flamme d'alcool, jusqu'à ce que de petites boules de mercure perlent à la surface et couvrent entièrement votre lingot. Placez alors dans un mortier et broyez avec le pilon jusqu'à ce que cela forme une masse lisse et molle. Placez cette masse dans une peau de chamois, en serrant fort, et, vous aidant de fortes pinces plates, exprimez tout le mercure libre. Mettez cette masse, sèche et plate, dans le mortier; écrasez avec le pilon, en y ajoutant assez d'or mercurialisé pour faire une pâte molle. Prenez-en la moitié et écrasez, entre le pouce et l'index, jusqu'à consistance d'une pâte ferme; prenez l'autre moitié, serrez dans une peau de chamois, et serrez ferme avec des pinces. Remplissez la cavité d'abord avec la masse molle et, quand le mercure libre monte à la surface, ajoutez de petits morceaux de la matière sèche jusqu'à ce que tout le mercure soit enlevé et l'obturation est solide et dure. Polissez alors et recommandez au patient de ne pas y toucher avant, au moins, douze ou vingt-quatre heures.

Il faudra, maintenant, plusieurs mois pour que l'épreuve de ce procédé soit suffisamment prouvée. « Dans beaucoup de conseils on trouve la sagesse » et, parmi les nombreux lecteurs de ce journal, il peut y en avoir qui trouvent une meilleure méthode de manipulation. Le premier, j'en serais très heureux et j'espère qu'on mettra mon idée à l'essai.

(*The International Dental Journal.*)

UNE NOUVELLE PRÉPARATION DE LA GUTTA-PERCHA

En fixant des couronnes de porcelaine avec des tiges de platine s'étendant dans les racines, et pour fixer les couronnes d'or et les coiffes, je trouve que la gutta-percha additionnée de vermillon rend des services.

On l'obtient en mêlant soigneusement une partie de gutta-percha à trois parties de vermillon. Cette combinaison résiste mieux à l'action destructive des sucs buccaux que les combinaisons ordinaires de gutta-percha et d'oxyde de zinc.

Pour les cavités buccales, où la gutta-percha ordinaire s'amollit à la surface, cela est précieux. Une série complète d'obturations de gutta-percha peut être préparée sans se servir d'oxyde de zinc, ce qui est intéressant au point de vue de l'expérience, et j'espère pouvoir en parler à l'avenir.

Le mélange d'oxyde de fer avec la gutta-percha est un de la série, et il semble qu'on ait obtenu des résultats favorables de ce mélange, mais il faudra des années pour pouvoir déterminer la valeur relative de ces obturations.

(*Rollins. Intern. Journ.*)

CONDUCTIBILITÉ DE LA CHALEUR PAR LES MATIÈRES OBTURATRICES

Dans le nº de décembre 1891, de la *Dental Review* on présentait les résultats de quelques expériences pour déterminer la conductibilité des matières obturatrices et la méthode employée pour les rechercher. A la requête de l'éditeur j'ai fait d'autres essais sur l'étain et la dentine artificielle.

La dentine artificielle est une des préparations de Fletcher, et, si, je suis bien renseigné, est un oxysulfate de zinc. Elle n'est pas irritante, et est très estimée de beaucoup pour coiffer les pulpes exposées, et comme fondation sous les obturations métalliques dans les grandes cavités.

La table donnée dans la *Review* de décembre, démontrant les résultats de mes expériences, est reproduite ici, avec les résultats d'expériences analogues, avec de l'étain et de la dentine artificielle.

Or	1.000
Lawence amalgame	852.5
Amalgame de cuivre	702.7
Etain	590
Oxyphosphate de zinc	584.27
Oxychlorure de zinc	525.25
Dentine artificielle (oxysulphate de zinc)	525
Gutta-percha	520

(*Thos. L. Gehner. Quarterly Circular.*)

UNE BONNE MATIÈRE OBTURATRICE POUR LES DENTS ÉBRANLÉES

En obturant les dents ébranlées, il est presque, sinon tout à fait, impossible d'empêcher l'humidité dans la cavité assez pour permettre l'obturation avec du phosphate de zinc, à moins d'employer la digue.

On peut surmonter la difficulté de cette manière : Placez un peu de la poudre sur une plaque de verre, ainsi qu'un peu de liquide et à côté, un peu de dissolution de gutta-percha.

Faites une mixture un peu claire de phosphate de zinc, ajoutez à

cela de la dissolution de gutta-percha dans le chloroforme en ajoutant de la poudre jusqu'à ce qu'on obtienne un mastic clair. Mettez alors une serviette, et séchez le mieux possible, remplissant immédiatement et finissant avec le brunissoir. Quelques-unes de ces obturations ont duré presque un an, et sont encore bonnes, montrant très peu d'usure.

(*Gilbert*, *Dental Cosmos.*)

SUR LE POIDS ET LE VOLUME RELATIFS DES DENTS

Il résulte des recherches de M. Graham que le poids des dents est toujours proportionnel au volume, en raison de leur densité toujours identique.

Le tableau suivant donne les moyennes, en poids et en volume, pour chaque groupe de dents de même nature.

	Dents	Grammes	Cent. cubes.
1	Incisives inférieures	0.699	0.327
2	Prémolaires inférieures	0.946	0.442
3	— supérieures	1.036	0.491
4	Incisives supérieures	1.062	0.507
5	Canines inférieures	1.159	0.557
6	— supérieures	1.386	0.655
7	Dents de sagesse inférieures	2.069	0.983
8	— — supérieures	2.073	0.983
9	Molaires inférieures	2.099	0.999
10	— supérieures	2.164	1.032

Ces chiffres représentent la moyenne d'un assez grand nombre de pesées de dents de chaque catégorie.

L'examen de ces chiffres montre : 1° que le poids des dents de la mâchoire supérieure l'emporte sur celui des dents de la mâchoire inférieure ; 2° que la différence entre les dents correspondantes des deux mâchoires diminue d'avant en arrière.

En effet, la différence moyenne d'une incisive supérieure à une inférieure est de 246 milligrammes ; d'une canine supérieure à une inférieure, 226 milligrammes; pour les prémolaires, la différence est de 90 milligrammes. Pour les molaires, seulement de 64 milligrammes.

Ce sont les six dents antérieures qui présentent le contraste le plus frappant.

Celles de la mâchoire supérieure pèsent	17 gr. 024
Celles de la mâchoire inférieure	15 gr. 119
Différence	1 gr. 905

Tandis que la différence des six molaires, d'une mâchoire à l'autre, n'est que de 136 milligrammes.

(*Bulletins de la Société d'anthropologie de Paris.*)

BIBLIOGRAPHIE

Les accidents de la première dentition, par P. Poinsot, Directeur de l'Ecole Dentaire de Paris, Correspondant de la Société Odontologique de Londres, Officier d'Académie, Dentiste de l'Asile Clinique Sainte-Anne. Société d'Editions Scientifiques, 1892.

La croyance aux accidents de dentition remonte à Hippocrate, pendant plus de vingt-deux siècles elle a été acceptée comme fondée et ce n'est guère qu'à la fin du XVIIIe siècle et pendant le XIXe qu'on s'est demandé quelle était sa réalité.

Si la croyance aux accidents de dentition est une erreur pathologique, si comme on le croit maintenant, la pathologie infantile est avant tout tributaire de l'hérédité et d'une diététique vicieuses, si les accidents de dentition ne se produisent pas lorsqu'il y a santé des ascendants et alimentation rationnelle de l'enfant, les collutoires et les scarifications gingivales n'ont plus que des indications exceptionnelles. L'hygiène est en l'espèce le fait dominant et essentiel. Les conséquences de cette constatation sont importantes.

On chercherait vainement dans la littérature professionnelle un exposé historique aussi complet de la question que celui donné par M. le professeur Poinsot, et tous ceux qui voudront le traiter à l'avenir devront y puiser leurs éléments d'information.

Une vue originale y est développée : que les accidents de dentition sont constants quand il y a anomalie, et surtout anomalie par retard. Il est évident que la constatation de ce genre d'anomalie et de troubles pendant la période d'éruption n'établit pas l'origine dentaire exclusive, car le retard de l'éruption est lui-même un indice de mauvais état général antérieur ou actuel. Si la sortie tardive de la dent a un rôle, même secondaire, la thèse négative en est un peu ébranlée, et les avocats des accidents de dentition pourraient en tirer parti.

A l'étude de la question principale traitée dans les quatre premiers chapitres, deux autres sont adjoints. Il y est examiné les influences réciproques du rachitisme, des fièvres et de la dentition.

On ne peut soutenir que ce petit volume offre des solutions définitives et qu'il dit le dernier mot sur la question, mais il la pose bien et donne des éléments d'appréciation nouveaux et intéressants.

P. D.

Die Mikroorganismen der Mundhöhle, par W. D. Miller, D^r med. et phil Professeur am Zahnartzlichen Institute der Universtat Berlin. Leipsig. Georg. Thieme. 1892.

La publication d'une seconde édition de l'ouvrage de Miller sur les micro-organismes de la bouche montre l'importance toute nouvelle de la bactériologie buccale et les déductions pratiques et scientifiques qui en découlent.

Cette seconde édition est notablement augmentée, un chapitre (l'asepsie et l'antisepsie en art dentaire), de nouvelles figures, des éclaircissements ajoutent à la valeur du livre.

Nous ne saurions trop recommander l'étude de cette œuvre capitale à tous ceux de nos confrères qui comprennent la langue allemande.

P. D.

Traitement chirurgical de la névralgie faciale, par le Dr L. Lamotte. Thèse de Paris 1892.

Cette thèse n'apporte rien d'original mais néanmoins elle peut rendre des services car on y trouve la description du mode opératoire d'un grand nombre de procédés de névrotomie dirigés contre cette redoutable affection contre laquelle on a conseillé tous les traitements « depuis l'extrait de bête à bon Dieu jusqu'à l'usage de la musique ». Dans la première partie de son travail, l'auteur de cette thèse étudie l'étiologie de la névralgie faciale. La névralgie faciale est symptomatique ou idiopathique, c'est ce dernier cas qui se rencontre le plus souvent.

Les névralgies symptomatiques sont produites par des causes agissant mécaniquement, telles que tumeurs, anévrismes des corps étrangers, fragments de balle, etc., comprimant les nerfs ou par des lésions des nerfs; mais dans un très grand nombre de cas on ne trouve aucune lésion de ceux-ci en dépit des progrès faits en anatomie pathologique et on est contraint de ranger ces névralgies parmi les névralgies idiopathiques, dénomination appelée à disparaître un jour lorsque nos moyens d'investigation, devenus plus précis, plus minutieux, nous auront permis de reconnaître les lésions qui existent certainement.

Les lésions dentaires ne paraissent pas occasionner d'ordinaire le tic douloureux de la face; c'est l'avis de Duval et de Tomes. M. Ferrier au contraire dit : « Nous restons convaincus que les maladies des dents sont une cause fréquente du tic douloureux. » Mais ainsi que le fait remarquer l'auteur, M. Ferrier ne semble pas envisager la dénomination tic douloureux daus le sens où elle est employée ordinairement, et le plus souvent on trouve cette phrase dans les observations de névralgies faciales « toutes les dents avaient été enlevées sans résultat [1] ».

Une forme spéciale de névralgie faciale a été décrite pour la première fois en 1870 par Grass, de Philadelphie, sous le nom de névralgie maxillaire. M. Duplay a publié en 1884 un mémoire sur le même sujet. L'auteur rapporte en entier ces deux mémoires particuliérement intéressants.

« Cette névralgie siège dans les alvéoles privés de dents et dans la gencive qui les recouvre. On la rencontre presque exclusivement chez les sujets âgés. Elle est également plus fréquente à la mâchoire supérieure qu'à l'inférieure ; la partie affectée dépasse rarement l'étendue de quelques lignes.

» Cette affection paraît avoir pour cause la compression des

1. Notre collaborateur M. Prevel a cependant à cet égard une observation intéressante que nous publicrons ultérieurement.

minces filets nerveux qui traversent les alvéoles, par le dépôt de matières osseuses dans les canalicules. » (Grass.) Et de fait cette névralgie a disparu dans tous les cas cités à la suite de la résection d'une petite portion du bord alvéolaire. Dans une observation due à M. Denucé, de Bordeaux, le calibre du canal dentaire du maxillaire inférieur fut trouvé rétréci ce qui comprimait le nerf dentaire inférieur. Cette lésion s'était produite à la suite de l'extraction de la première grosse molaire inférieure droite pratiquée brutalement par un charlatan et avait déterminé une névralgie épileptiforme. M. Duplay accepte les idées de Grass sur l'étiologie de cette névralgie maxillaire.

La névralgie faciale idiopathique est-elle d'origine centrale ou périphérique?

« C'est là un point de la pathologie des névralgies qui commande tout le traitement chirurgical ; si la lésion est toujours périphérique il suffira de faire la section et la résection d'une branche nerveuse ou bien, comme M. Letiévant, la polynévrotomie des branches du trijumeau. Dans le cas contraire, il faut ou bien s'abstenir ou bien avoir recours à une opération bien plus grave et bien plus difficile et réséquer le ganglion de Gasser, comme le conseillent Rose et Horsley. »

La seconde partie de ce travail est consacrée à la description des différents procédés employés pour réséquer les différentes branches du trijumeau ; l'auteur n'est pas partisan de l'élongation préconisée contre les autres névralgies, à cause de la physiologie spéciale du trijumeau. Il a réuni dans ce travail un grand nombre d'observations intéressantes, disséminées dans divers mémoires, cela donne de l'intérêt à sa thèse, mais elle manque d'ordre, tout y est confus.

M. R.

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

SERINGUE HYPODERMIQUE EN BOITE-LAMPE

Le besoin d'avoir des seringues hypodermiques aseptiques a fait naître un grand nombre de modèles de ces instruments, qui tous peuvent être plus ou moins stérilisés ; mais, dans aucun de ces modèles, on ne s'est occupé de mettre la boîte qui contient la seringue dans les mêmes conditions d'asepsie. Les boîtes recouvertes de peau ne sauraient être rendues stériles, ni par la chaleur, ni par immersion dans les solutions antiseptiques usuelles. La figure 1 représente une seringue de Pravaz, placée dans une boîte entièrement métallique et disposée pour pouvoir être parfaitement nettoyée et stérilisée, soit à l'étuve, soit à l'aide de liquides antiseptiques. La seringue et les aiguilles, qui sont en platine iridié,

se trouvent placées dans deux gouttières ouvertes à leurs extrémités. Le couvercle de cette boîte, articulé, sans aucune charnière, peut se détacher aisément.

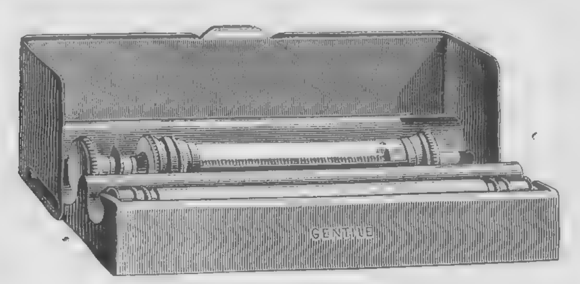


Fig. 1.

Afin de rendre plus commode le flambage des aiguilles en platine irridié, la cavité comprise entre les parois de la boîte a été utilisée comme *lampe à alcool* (fig. 2). Les quelques centimètres cubes

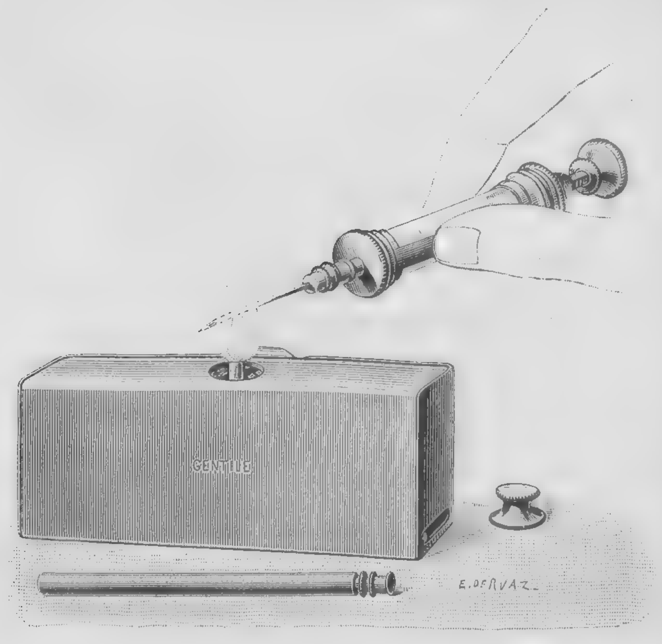


Fig. 2.

d'alcool que la lampe contient sont suffisants pour une soixantaine de flambages.

Cette disposition permet de stériliser l'aiguille avant chaque injection.

Le volume de cet instrument atteint à peine celui de la plus petite seringue de Pravaz.

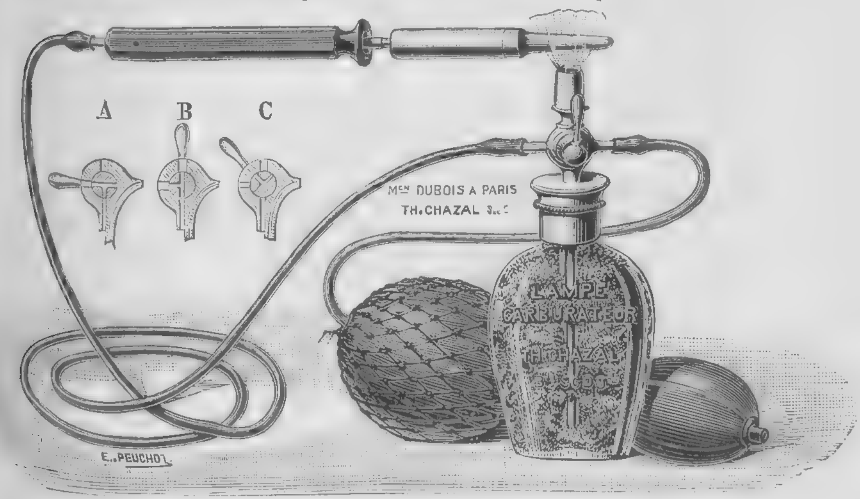
NOUVEAU SYSTÈME PORTATIF DE CAUTÈRE EN PLATINE

Avec Carburateur-Chalumeau, Breveté S. G. D. G.

Ce nouveau modèle de cautère ne diffère de celui du Dr Paquelin que *par la suppression de la lampe à alcool qui a toujours été très incommode et qui ne produisait pas une température assez élevée* lorsqu'il s'agissait de rougir à blanc les foyers de platine ne fonctionnant plus, encrassés par les gaz carburés accumulés à l'intérieur.

Ce système formant constamment chalumeau n'a pas l'inconvénient indiqué, car, produisant une température de suite très élevée, il porte au rouge vif les cautères qu'on lui présente. L'appareil se compose des modèles connus de cautères, manches, flacons et soufflerie, et en outre d'un robinet double courant, formant chalumeau et remplaçant le *double courant simple et la lampe à alcool*.

Ce robinet est construit de telle façon que lorsque la clef est placée obliquement, comme le représente la figure C, il est entièrement fermé ; la figure B, le montre ouvert, laissant passer les courants de gaz carburés dans la partie supérieure qui est le chalumeau et dans le côté communiquant au cautère ; enfin la position du robi-



net en A indique que les gaz passent entièrement dans le cautère.

Connaissant ces différentes combinaisons, il suffit pour le fonctionnement de l'appareil, de monter toutes les pièces comme l'in-

dique l'ensemble de la figure et ouvrant le robinet dans le sens vertical B, l'on obtient avec la soufflerie, un chalumeau qui s'allume avec la moindre flamme d'une allumette ou autre.

Lorsque le foyer de platine a atteint son maximum de chauffage au moyen de ce chalumeau, il suffit de renverser la clef du robinet en la position horizontale, pour éteindre le chalumeau et entretenir le cautère à toutes les différentes températures désirables, que l'on obtiendra en fermant plus ou moins le robinet.

Pour éteindre l'appareil, il suffit de fermer le robinet en la position C.

De plus, les flacons garnis d'éponges rendent l'essence contenue plus transportable et l'empêchent de se répandre dans les tubes en caoutchouc. Un modèle de flacon de petite dimension permet de rendre cet appareil portatif et peut être contenu dans une trousse de poche.

NOUVELLES

MM. Brouardel et Liard se sont rendus à Genève pour examiner sur place l'installation de l'Ecole dentaire de cette ville.

Un déjeuner leur a été offert par la commission de surveillance de l'Ecole. (*Tribune de Genève.*)

(*Le Genevois.*)

CONGRÈS DE CHICAGO

Tous les dentistes résidant à l'étranger qui désirent devenir membres du Congrès adresseront leur demande au président honoraire ou au vice-président de leur pays respectif, qui sont autorisés à juger de leur éligibilité.

Le comité exécutif du Congrès a résolu d'offrir une médaille à la meilleure communication sur l'hygiène dentaire, qui devra être distribuée au public. Le comité est chargé de cette affaire et son rôle sera de se prononcer sur les mérites des communications soumises à son appréciation et de décider à qui sera décernée la médaille.

Nous avons déjà fait connaître à nos lecteurs que nos amis MM. Godon et Ronnet ont été chargés d'une mission aux Etats-Unis par le ministère de l'Instruction publique.

Ils seront heureux de présenter au Congrès dentaire de Chicago les communications, appareils et pièces pathologiques de leurs confrères français.

Ils se tiennent également à leur disposition pour les renseignements sur les conditions de participation au Congrès ainsi que sur celles du voyage.

S'adresser à M. Godon, 72, boulevard Haussmann, et à M. Ronnet, 1, rue du Quatre-Septembre.

LA PATENTE DES MÉDECINS AU SÉNAT

On sait que la Chambre des députés a voté une augmentation de la patente des médecins (et par conséquent des dentistes) qui ont un

loyer supérieur à 3.000 fr., en portant le droit fixe du quinzième au douzième; ce qui, avec les centimes additionnels, était une augmentation de plusieurs centaines de francs pour nombre de dentistes.

Le *Progrès Médical* nous apprend que, grâce à l'intervention du professeur Cornil, la Commission des finances du Sénat vient d'adopter le vœu formulé par M. le Dr Porson, de Nantes, président de l'Union des Syndicats de France, vœu qui ramène les patentes des médecins au quinzième.

Nos félicitations à MM. Cornil et Porson, ainsi qu'aux membres de la Commission des finances du Sénat.

Il doit exister beaucoup de dentistes partisans d'une Chambre unique. Nous serions heureux si cet exemple les convertissait au système de la dualité de la représentation nationale. On se souviendra que la loi sur l'exercice de la médecine a été plus sérieusement examinée au Sénat qu'à la Chambre.

Nous apprenons d'autre part que l'Association syndicale professionnelle des médecins de la Seine a pris l'initiative d'une pétition à MM. les sénateurs dont voici le texte :

La Chambre des Députés vient de voter une loi aux termes de laquelle les médecins de Paris, dont le loyer excède 3,000 francs, seront imposés, à l'avenir, du 12e de la valeur locative au lieu du 15e, taux actuel de la taxe.

Les médecins de province, habitant des villes dont la population dépasse 100,000 habitants et payant plus de 2,000 francs de loyer, verront leur patente augmenter dans la même proportion.

Permettez-nous, Messieurs les Sénateurs, de protester contre cet impôt *progressif*, contraire au principe d'égalité. Les nécessités budgétaires ne suffisent pas, à notre avis, à justifier pareille mesure. Celle-ci frappe, sans raison majeure, une catégorie de citoyens qui, en maintes circonstances, se montrent les auxiliaires complaisants et dévoués de l'autorité publique et consacrent une bonne partie de leur temps au soulagement des malheureux.

D'autre part, le loyer du médecin augmente le plus souvent en raison directe du nombre de ses enfants et non en raison directe de sa clientèle.

Enfin, Messieurs, ne craignez-vous pas que le médecin, obligé de répondre aux exigences du fisc, ne soit forcé de consacrer tout son temps à la clientèle payante au détriment des déshérités ?

Pour ces motifs, Messieurs les Sénateurs, nous vous prions de prendre notre pétition en considération et de rejeter un projet de loi si contraire au principe d'égalité et aux intérêts respectables de notre corporation. Nous ne réclamons point de privilèges, mais nous protestons contre les charges exceptionnelles qu'on voudrait nous imposer.

Confiants dans votre esprit d'équité et dans votre sagesse, nous vous adressons, Messieurs les Sénateurs, l'expression de nos sentiments les plus respectueux.

Le Président de l'Association,

Dr Le Baron.

Le gérant : P. DUBOIS.

Châteauroux. — Typ. et Stéréotyp. A MAJESTÉ et L. BOUCHARDEAU.

VOL. 2. AVRIL 1893 N° 4

REVUE INTERNATIONALE

D'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

LA RÉFORME DE L'ART DENTAIRE EN FRANCE

L'ORGANISATION OFFICIELLE DE L'ENSEIGNEMENT

Par Ch. GODON,

Ex-Directeur adjoint de l'Ecole dentaire de Paris.

L'organisation officielle de l'enseignement de l'art dentaire occupe en ce moment les hauts fonctionnaires de l'Instruction publique.

Nous avons, dans un récent article [1], passé en revue les diverses solutions qui s'imposent à l'examen du gouvernement.

La discussion publique que nous aurions désiré voir se produire dans la presse et dans les sociétés professionnelles sur cette question si importante pour l'avenir de l'art dentaire n'a pas été aussi complète qu'on l'aurait attendu.

Il a cependant été formulé quelques projets. Nous signalerons tout d'abord une petite brochure émanant du rapporteur de la *commission de réglementation* de l'Ecole Dentaire de Paris; puis une pétition des dentistes du Sud-ouest, enfin une lettre du Dr Magitot dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*.

M. Magitot, l'ancien adversaire des écoles dentaires, le partisan convaincu de la nécessité d'assimiler l'Art Dentaire à l'art médical et l'étudiant dentiste à l'étudiant en médecine, lui que nous croyons le défenseur attitré de l'enseignement à la Faculté de médecine, se déclare maintenant le partisan également convaincu du principe de l'Ecole dentaire.... de Genève et conclut à la né-

1. Voir *Revue Internationale*, janvier 1893, p. 19.

cessité de la création à Paris d'une « *école dentaire d'Etat avec un personnel exclusivement médical (!) placé sous le contrôle de l'autorité et de la dépendance de la Faculté de médecine, ayant quelque analogie avec les écoles vétérinaires ! Enseignement scientifique, médical et professionnel, comprenant* 3 *années d'études* ; *âge d'admission*, 18 *ans* ».

Cette évolution est intéressante à signaler et constitue un argument de plus en faveur du principe de la spécialisation de notre enseignement dans une école *ad hoc*, que nous n'avons cessé de défendre depuis 1879.

Les dentistes du Sud-Ouest font une évolution en sens contraire. Craignant que les écoles dentaires parisiennes ne monopolisent l'enseignement nouveau, ils demandent au Conseil supérieur de l'Instruction publique, que l'enseignement scientifique et médical soit donné dans les Facultés et Ecoles de médecine, et l'enseignement technique, suivant l'ancien procédé de l'apprentissage, chez le dentiste pour la prothèse, et dans les services d'hôpitaux pour la dentisterie opératoire.

Ils réclament surtout les mêmes obligations pour les étrangers que pour les nationaux. Ce dernier vœu était inutile, il est tout au long dans la loi nouvelle.

Enfin le rapporteur de la commission de réglementation de l'Ecole dentaire de Paris se contente de présenter modestement aux membres du Conseil supérieur quelques réflexions, très sensées, du reste, sur les conditions d'organisation des études dentaires, les inconvénients qu'il y aurait à négliger l'enseignement technique au profit de l'enseignement scientifique, la bonne organisation de l'Ecole Dentaire de Paris, les résultats qu'elle a obtenus, les services qu'elle rend, les certificats qu'on lui a décernés, etc.

Nous ne pouvons qu'approuver tout ce que dit M. le Rapporteur, mais nous regrettons que le principal groupement professionnel français n'ait pas présenté sur cette question si grave un travail plus complet, qu'il n'ait pas conclu par la présentation d'un projet entier, adopté en séance publique après discussion par les membres de la Société et envoyé sous forme de pétition recouverte de nombreuses signatures à M. le Ministre de l'Instruction publique.

Toutes ces réflexions s'appliquent encore bien plus aux administrateurs de l'autre groupement parisien de la rue de l'Abbaye, l'Ecole Dentaire de France. Dans cette Société on n'a encore rien publié sur cette question. On paraît vouloir y rester étranger à toute agitation à ce propos. On se contente probablement de quelques démarches privées et des bonnes paroles

qui en sont la conséquence. Pourtant les lettres que nous avons reçues à la suite de la publication de notre article montrent que cette question inquiète vivement le public professionnel.

Les divers renseignements qui nous sont parvenus nous permettent de prévoir dès maintenant la voie dans laquelle s'engagent ceux qui sont chargés officiellement de cette organisation, la solution vers laquelle ils penchent.

Dans notre article précédent nous indiquions les quatre solutions suivantes :

1° L'enseignement dentaire dans les Facultés et Ecoles de médecine ;

2° L'enseignement dentaire dans des écoles spéciales ;

3° L'enseignement dentaire donné dans les Facultés et Ecoles de médecine pour la partie scientifique et dans les écoles spéciales pour la partie technique ;

4° L'enseignement libre avec simple jury d'Etat.

De ces quatre solutions, deux peuvent déjà, paraît-il, être considérées comme définitivement écartées : la 1re et la 4e.

La 1re, l'organisation complète de l'enseignement dentaire dans les Facultés et Ecoles de médecine et à l'hôpital est reconnue impraticable par suite du nombre de cours nouveaux qu'il faudrait créer, des difficultés de toutes sortes qu'entraînerait cette création. Elle n'est plus réclamée par personne, pas même par les médecins-dentistes, comme on l'a vu plus haut.

Le président des stomatologistes s'exprime ainsi à ce sujet :

« L'enseignement par les Facultés de médecine paraît devoir rencontrer des difficultés insurmontables. Créera-t-on une chaire de stomatologie ou d'odontologie ? Et dans ce cas qui l'occupera ? Un médecin étranger à la Faculté ? Il n'y faut pas songer ; nos Facultés sont des corps fermés. Il faudrait donc préparer à cet enseignement nouveau un agrégé de médecine ou de chirurgie. Mais cela demandera beaucoup de temps car on ne doit pas laisser ignorer aux membres du conseil supérieur que pour faire d'un docteur en médecine un dentiste instruit et expérimenté, il ne faut pas moins de deux à trois années d'études spéciales. Combien de temps faudra-t-il donc s'il s'agit de former un professeur ? D'autre part, si cet enseignement reste théorique, il est nécessairement insuffisant et l'élève devra, au sortir du cours, aller compléter son éducation au Dispensaire pour les exercices pratiques et au laboratoire pour les questions techniques et la prothèse. »

Quant à l'enseignement à l'hôpital, il ajoute :

« Si nos consultations hospitalières peuvent constituer un excellent enseignement clinique, elles ne se prêtent guère à l'installation de salles d'exercices pratiques et d'ateliers de prothèse. »

On pourrait ajouter que les législateurs ayant, dans la loi nouvelle, fait une distinction entre les médecins et les dentistes en

créant pour ces derniers un diplôme spécial ont implicitement indiqué la nécessité d'études spéciales distinctes des médecins.

Quant à la 4e solution, qui serait la suppression de toute intervention officielle dans l'organisation proprement dite de l'enseignement, elle ne peut, paraît-il, être admise, puisque le gouvernement a, par les termes mêmes de l'art. 2 de la loi nouvelle, un mandat précis d'organiser cet enseignement.

Il ne reste donc plus que deux solutions en présence :

L'enseignement complet à l'Ecole dentaire, comme aux Etats-Unis, ou l'enseignement mixte, moitié à l'Ecole de médecine et moitié à l'Ecole dentaire, comme en Suisse ou en Angleterre; il semble à peu près établi que les personnages officiels qui s'occupent de cette question sont disposés à adopter cette dernière solution, l'enseignement mixte.

Le voyage que viennent de faire MM. Brouardel et Liard à l'Ecole Dentaire de Genève où cette solution est mise en pratique depuis 1884 les a confirmés dans leur manière de voir à ce sujet.

Si l'on considère le programme de l'enseignement dans ses grandes lignes, il se divise en deux parties principales bien distinctes :

1° L'enseignement scientifique et médical ;

2° L'enseignement spécial (dentisterie et prothèse.)

Or, dans la solution en question, on abandonnerait l'enseignement technique aux dentistes et aux Ecoles dentaires, vu la difficulté de l'organiser officiellement, pour réserver l'enseignement scientifique et médical aux Facultés et Ecoles de médecine.

C'est, il faut bien le dire, cette partie de l'éducation du futur dentiste qui fait l'objet des préoccupations principales de nos gouvernants. Nous n'avons jamais contesté, disent-ils, l'habileté technique des dentistes français, nous les croyons bons opérateurs et bons mécaniciens et nous n'avons que très peu à modifier quant à l'organisation de cette partie de leur éducation professionnelle.

L'apprentissage l'a réalisée fort bien pendant longtemps pour la prothèse, les écoles dentaires sont venues compléter l'éducation dentaire pour la dentisterie opératoire, nous n'avons que peu à faire sur ce terrain. Mais ce qui a préoccupé les législateurs et le gouvernement et provoqué leur intervention, c'est une insuffisance prétendue dangereuse de leurs connaissances scientifiques et médicales. Nous devons donc nous appliquer à combler cette lacune, pour répondre aux désirs des législateurs et mettre les futurs dentistes en état d'exercer en toute sécurité pour le public leur profession avec l'extension qui lui a été donnée par la loi nouvelle.

En effet, MM. Brouardel et Cornil n'ont-ils pas dit à la tribune du Sénat que le nouveau chirurgien-dentiste aurait le droit de *pratiquer l'anesthésie locale et générale, celui de faire des opérations non seulement sur les dents mais encore sur la bouche et même sur les maxillaires ?*

Cette extension des pouvoirs du chirurgien-dentiste oblige évidemment les organisateurs officiels du futur enseignement à donner à l'enseignement scientifique et médical une part importante dans le nouveau programme. Ils croient que seules les Facultés et Ecoles de médecine seront en état de donner dans des conditions satisfaisantes cet enseignement qui va se trouver ainsi plus étendu qu'on ne l'aurait supposé ou espéré. Mais cette organisation qui leur sourit soulève une objection.

Si les étudiants dentistes sont astreints à suivre les cours de sciences physiques, naturelles et médicales, tels qu'ils sont faits pour les étudiants en médecine, pendant les premières années par exemple, ils suivront des cours beaucoup trop étendus pour le plan de leurs études, d'où nécessité de leur réclamer des connaissances préliminaires plus complètes, ce qui nuirait au recrutement des étudiants dentistes et à l'étude de la prothèse.

Si les cours sont modifiés en leur faveur, comment cela cadrera-t-il avec l'organisation actuelle des études médicales ? Autant créer ces cours dans des écoles spéciales. Enfin, l'adoption de la solution que nous examinons réduirait le rôle des Ecoles dentaires à celui d'un simple dispensaire dentaire et d'un laboratoire de prothèse.

Le système de l'enseignement complet à l'Ecole dentaire tel qu'il fonctionne aux Etats-Unis n'offre pas ces inconvénients.

Puisqu'on semble disposé à charger les écoles spéciales de l'enseignement technique qu'elles donnent à la satisfaction générale depuis douze ans, ce dont nous nous félicitons, pourquoi n'admettrait-on pas également qu'elles puissent donner l'enseignement scientifique ? S'il y a quelques lacunes dans leur programme, il suffit de les indiquer, elles s'empresseront de les combler. Le gouvernement a comme sanction de la valeur des études le jury d'examen, la collation du grade de *chirurgien-dentiste* et la diminution ou le retrait de la subvention accordée à l'Ecole à laquelle il donnera son patronage officiel.

M. Magitot, dans l'article déjà cité, s'exprime ainsi sur le principe de l'Ecole dentaire :

« Considérée en soi, l'école spéciale donne immédiatement l'idée d'un enseignement centralisé et complet. Les élèves y trouvent réunies toutes les matières de leur éducation ; les différentes formes théorique, clinique et technique y prennent leur

place réciproque et concourent au but commun qui est de former pendant un nombre déterminé d'années des praticiens suffisamment préparés et instruits. »

A ces quelques lignes dues à l'ancien adversaire des Ecoles dentaires nous n'avons rien à ajouter. Elles contiennent le principal et le meilleur argument en faveur de l'école spéciale.

Tout milite du reste en faveur de l'enseignement donné en entier dans des écoles spéciales ; cela n'existe-t-il pas déjà en France pour la pharmacie?

Le principe de l'Ecole dentaire comme base du nouvel enseignement admis, il resterait encore à décider si l'on s'adresserait aux Ecoles dentaires existantes ou constituées dans les mêmes conditions, ou si l'on créerait une *école d'Etat,* comme le demande M. Magitot.

Les différentes objections que soulève la création d'une école d'Etat ont été assez souvent formulées pour que nous n'ayons pas à y revenir. Nous nous contenterons de rappeler la principale qui est d'ordre budgétaire.

Un crédit minimum d'une centaine de mille francs serait annuellement nécessaire pour créer et entretenir cette école à Paris. Elle aurait à lutter contre la concurrence des établissements similaires créés ou qui se créeraient par l'initiative privée des groupes de dentistes en vertu de la loi sur l'enseignement supérieur libre de 1875.

Enfin ce serait mal reconnaître les services rendus par les écoles dentaires libres pendant cette période transitoire de 1879 à 1893, les sacrifices qu'ont faits leurs fondateurs et bien mal tenir les promesses officielles qui leur ont été faites.

Il serait plus simple, plus pratique et moins coûteux de reconnaître franchement le fait accompli et puisqu'il existe des Ecoles dentaires, de leur laisser le soin d'appliquer le programme d'études qui va être élaboré par le conseil supérieur de l'instruction publique.

Ces écoles enseignent dès maintenant tout ce que pourra contenir le programme officiel, l'anesthésie, les maladies de la bouche, etc.

On pourrait pour compléter leurs études envoyer les étudiants dentistes passer un semestre au laboratoire de dissection de la Faculté, un autre semestre dans un service de chirurgie dans un hôpital, et comme conséquence leur ouvrir les divers services d'hôpitaux et les laboratoires des Ecoles de médecine, mais le programme proprement dit devrait être appliqué entièrement dans les Ecoles dentaires.

Si le gouvernement adoptait cette solution, il est probable

que les dentistes de province s'empresseraient de créer, à l'imitation de leurs confrères parisiens et d'après le nouveau plan d'études officiel, des Ecoles dentaires dans les grands centres, à Lyon, à Bordeaux, à Lille, à Marseille, etc. ; la question de l'enseignement se trouverait ainsi résolue en province aussi bien qu'à Paris sans nouvelles charges pour l'Etat.

Les quelques subventions officielles qui seraient accordées aux Ecoles que l'Etat voudrait patronner pourraient être couvertes en partie par le produit des versements faits par les étudiants dentistes pour les divers droits de première inscription, d'examen, etc.

CONCLUSIONS

Donc, pour nous résumer :

I. Dans la situation actuelle, deux solutions sont seules à être examinées pour organiser l'enseignement de l'art dentaire en France :

L'enseignement total à l'Ecole dentaire ou l'enseignement mixte à l'Ecole de médecine pour la partie scientifique et médicale et à l'Ecole dentaire pour la partie technique.

Cette dernière solution offre l'inconvénient de faire suivre aux étudiants dentistes des cours trop étendus faits spécialement pour les étudiants en médecine, ou de remanier le programme de ces cours dans un cadre plus étroit, ce qui serait préjudiciable aux études médicales.

L'Ecole dentaire est mieux appropriée pour donner l'enseignement scientifique et médical nécessaire au futur dentiste aussi bien que l'enseignement technique, le programme de ses cours étant organisé en vue des études spéciales qu'elle a pour but de faire faire.

II. Les Ecoles dentaires existantes, créées ou à créer par les groupes professionnels sont préférables pour donner cet enseignement à des écoles d'Etat qui créeraient des charges nouvelles pour le budget et exigeraient quelque temps pour être constituées.

III. Le stage chez le dentiste ou apprentissage pour l'étude de la prothèse doit être abandonné comme insuffisant partout où il existe des écoles dentaires, à moins qu'il ne soit préliminaire à l'entrée à l'Ecole (comme en Angleterre).

L'enseignement de la dentisterie opératoire avec exercices pratiques n'est pas praticable à l'hôpital.

Les services d'hôpitaux doivent être ouverts à l'étudiant dentiste comme complément de son instruction médicale au point de vue de la chirurgie buccale particulièrement, ainsi que les laboratoires des écoles de médecine et les salles de dissection.

IV. Le programme des cours à adopter est celui appliqué à l'Ecole dentaire de Paris :

Admission à 17 ans ou à 18 ans en cas de stage préliminaire chez le dentiste pour l'étude de la prothèse.

Examen d'entrée spécial; *études préliminaires* :

Composition française. — Eléments d'arithmétique, de géométrie, d'algèbre, de physique, de chimie, d'histoire naturelle.

Trois années d'études à l'Ecole dentaire.

V. *Programme des cours.*

Enseignement théorique.

1re année. — Enseignement scientifique : sciences physiques et naturelles.

2e année. — Enseignement médical : sciences médicales.

3e année. — Enseignement spécial (proprement dit) : sciences appliquées.

Enseignement pratique.

1re année :
2e année :
3e année : } Exercices pratiques et gradués de dentisterie opératoire et de prothèse dentaire.

VI. *Examens.*

Les examens de fin d'année et l'examen définitif doivent se composer, avec les épreuves théoriques, d'épreuves pratiques afin que les étudiants ne négligent pas cette dernière partie du programme, le dentiste devant surtout, pour être apte à exercer sa profession, être opérateur et mécanicien.

Jury d'examen.

Dans le jury d'examen, l'élément professionnel doit être en majorité.

Dispositions transitoires.

L'examen à faire subir aux dentistes bénéficiant des dispositions transitoires ne devrait porter que sur l'anesthésie.

Comme l'indique très justement le rapporteur de la commission de l'Ecole dentaire de Paris il devrait être tenu conpte de la situation faite aux dentistes trop jeunes pour être patentés en 1892 et pourtant déjà entrés dans la profession depuis plusieurs années et qui rentrent dans deux catégories différentes : 1° les élèves des Ecoles dentaires ; 2° les jeunes apprentis mécaniciens. Ils pourraient être admis à l'examen dans les mêmes conditions que les dentistes bénéficiant des dispositions transitoires ou au moins dispensés de l'examen préliminaire.

Telles seraient à notre avis les dispositions qui sauvegarde-

raient le mieux les droits acquis, les intérêts du public et les progrès de l'Art dentaire français et que nous prenons la liberté de recommander au ministre et aux membres du conseil supérieur de l'Instruction publique.

L'AIR COMPRIMÉ OPPOSÉ A L'ÉLECTRICITÉ POUR LA THÉRAPEUTIQUE ET LA TECHNIQUE DENTAIRES ET AUTRES APPLICATIONS INDUSTRIELLES

Par R. Telschow.

Il fut un temps où je ne jurais que par l'électricité. J'ai été l'un des premiers qui aient fait l'acquisition d'appareils du système *Nehmer-Florke* [1] et les ai en outre recommandés, ne pressentant pas que j'étais la victime d'une illusion. La première installation électrique m'avait à peine été fournie que je dus reconnaître que les appareils du système *Nehmer-Florke* ne répondaient pas à mon attente. La batterie qui, avec une charge, était calculée, suivant le prospectus, pour travailler pendant 1080 heures, cessait son service après 50 heures de travail à peine. De plus, la machine à fraiser à la main occasionnait dans la tête du patient un bruit désagréable, à tel point que je dus en suspendre l'emploi. Ce fait s'explique en raison de la manifestation extérieure de l'énergie, qui se produit sur l'arbre fixe, tandis que, dans notre machine à fraiser à pédale, on emploie à cet effet une spirale peu conductrice du son. Souvent aussi le maillet électrique, par l'usage, s'échauffe et refuse de fonctionner. En conséquence, je n'utilise plus la batterie que pour les cautérisations et pour l'insufflation d'air chaud. M. Nehmer transporta sur ces entrefaites son établissement en Russie, pendant que ceux des appareils désignés par moi sous la dénomination de système *Florke* étaient maintenant recommandés par certains journaux avec la plus grande ardeur. M. Florke eut même l'audace de publier sous son nom mon insufflateur bréveté d'air chaud. En raison des nombreuses et tristes expériences faites par moi, je ne puis que déconseiller l'achat d'autres batteries ou appareils électro-moteurs. Chez tous les confrères que je connais, et qui sont en possession de batteries électriques, j'ai trouvé ces batteries ne fonctionnant pas, excepté chez mon collègue Bock, de Nuremberg. Je citerai ici les noms de mes collègues Hoffmann, de Wiesbaden,

---

1. Voir Clinique de l'Ecole Dentaire de Paris. *Les appareils présentés par le Dr Telschow*, par M. P. Dubois. *Odontologie*, 1888, p. 465.

Warnekross, Lowe et Baume, de Berlin, et Oelecker, de Hambourg. Mon collègue Bock a eu la fantaisie de démontrer que l'électricité était utile à notre art, ce à quoi il a réussi seulement en conservant des batteries perpétuellement installées, travail auquel viennent se joindre encore de grands sacrifices d'argent. Actuellement, l'espoir des amateurs d'électricité se porte sur l'électricité dynamique, qui sert à l'éclairage des habitations. Une telle installation absorbe, selon le nombre de lumières, de 1.500 à 2.000 marks (1875 à 2.500 francs), mais encore, en dehors de la conduite, il faut nécessairement des accumulateurs, dont le prix d'achat monte à 400 ou 500 marks (500 ou 625 francs). Il n'est pas à conseiller de se procurer des accumulateurs et de les faire charger hors de la maison, comme nous le disent, en grands seigneurs, de charitables fournisseurs pour dentistes, parce que les accumulateurs chargés ne peuvent pas être transportés sans préjudice. L'électricité emmaganisée dans les accumulateurs doit aussi être consommée promptement, car elle se volatilise bientôt, surtout dans l'air humide. En outre, lors du chargement des accumulateurs, il y a pour le moins 25 0/0 d'électricité perdue. Donc, perte partout !

Pour les mêmes motifs il ne convient pas d'employer l'électricité comme force motrice, ainsi qu'on l'a déjà fait dans les tramways, etc. A l'exception de cas tout à fait isolés, toutes les entreprises de ce genre ont cessé leur exploitation, et l'on n'utilise plus l'électricité comme transmission de force que dans les établissements industriels où l'on ne regarde pas au prix de la production de la force, comme dans la fabrication du champagne, etc. L'application d'un moteur à gaz à la production de l'électricité est extrêmement coûteuse ; d'ailleurs les accumulateurs sont encore alors de nouveau nécessaires. Chez un confrère de Zurich, M. Julius Frohner, j'ai vu une installation très ingénieuse pour la production de l'électricité, mais qui avait coûté, à ce qu'il a dit, 5.000 francs. Il obtient, avec une force hydraulique, son électricité, au moyen de laquelle il fait marcher un moteur. L'électricité est recueillie dans des accumulateurs. Cela marche tout à fait bien, mais l'obtention de l'électricité, à cause de la grande consommation d'eau, exige encore un grand sacrifice pécuniaire. De plus, les moteurs électriques, comme tous les appareils compliqués, sont très délicats ; ils se dérangent facilement, et leur réparation coûte très cher.

Comme il en est tout autrement dans l'application de l'air comprimé pour notre profession ! L'idée d'employer l'air comprimé pour actionner notre machine à fraiser me vint à l'occasion d'un séjour que je fis dans l'année 1888 à Paris, où je vis

de puissantes machines mues par l'air comprimé. De retour de voyage, je me mis sur le champ à la fabrication d'un moteur et d'un réservoir d'air, dans lequel l'air devait être refoulé par une pompe à air à double effet. En premier lieu, après un grand nombre d'expériences minutieuses, il a été reconnu que l'aspiration de l'air correspondait à un travail important et que le moteur, à cause du frottement considérable du piston, consommait une assez grande quantité d'air. Sur ces entrefaites, une année se passa, et la grande Exposition de Paris, à l'occasion de laquelle eut lieu le Congrès international des dentistes, s'ouvrit. Je partis avec mon moteur pour aller au Congrès, et je trouvai chez mon collègue Kuhn, qui possédait une conduite d'air comprimé, l'occasion de faire fonctionner mon moteur. Je conviens qu'il avait encore beaucoup de défectuosités, aujourd'hui disparues. Je vis à Paris, chez mon collègue Saussine [1], un moteur à air, d'une construction toute particulière, qui me surprit singulièrement. Je le vis en passant seulement, peu de jours avant mon départ, de sorte que je n'eus point le temps de prendre connaissance de sa structure intérieure. M. Saussine pourrait le confirmer. Ce moteur ne me sortit pas de la tête; je le construisis en imagination et je communiquai mes résultats à M. Nehmer, qui dans l'intervalle s'était beaucoup occupé de la fabrication d'un moteur à air, mais ne parvenait pas à son but, parce qu'il voulait appliquer l'air comprimé à faire mouvoir une roue à palettes. Il n'abandonnait pas non plus les absurdes projets de faire encore une machine à fraiser à main, du genre de celle mue électriquement, et dans laquelle il aurait actionné l'arbre à l'aide d'un cylindre oscillant ordinaire. M. Nehmer construisit donc un moteur suivant mon plan, mais avec un cylindre horizontal de l'espèce ci-dessus mentionnée. Ce moteur marchait bien, avait même suffisamment de force, cependant, comme je ne voulais pas le prendre, il le vendit à un dentiste russe de passage. Je priai alors instamment M. Nehmer de se conformer exactement cette fois à mes désirs, de fabriquer les modèles à mes frais et de construire le nouveau moteur comme je le prescrivais. Au bout de quelque temps, j'obtins ce que je désirais et je payai 190 marks (237 francs 50 centimes) à M. Nehmer pour le moteur, frais de modèles compris, mais je lui fis en même temps délivrer une attestation sur laquelle était affirmé que le moteur en question avait été entièrement fait d'après mon plan. Je sollicitai moi-même un brevet pour le moteur et je l'obtins, parce que sa

1. Les souvenirs de M. Telschow doivent être inexacts : c'est chez M. Michaëls qu'existait cette installation à l'air comprimé. N. D. L. R.

construction était nouvelle et particulière, et d'un autre genre que le moteur que j'avais vu chez mon confrère parisien, car, comme je l'appris plus tard, c'était un moteur du système Popp, lequel est aussi breveté chez nous.

En collaboration avec M. Nehmer, puis sans lui, j'essayai de différents systèmes, pour revenir à mon ancien moteur, dont voici la description :

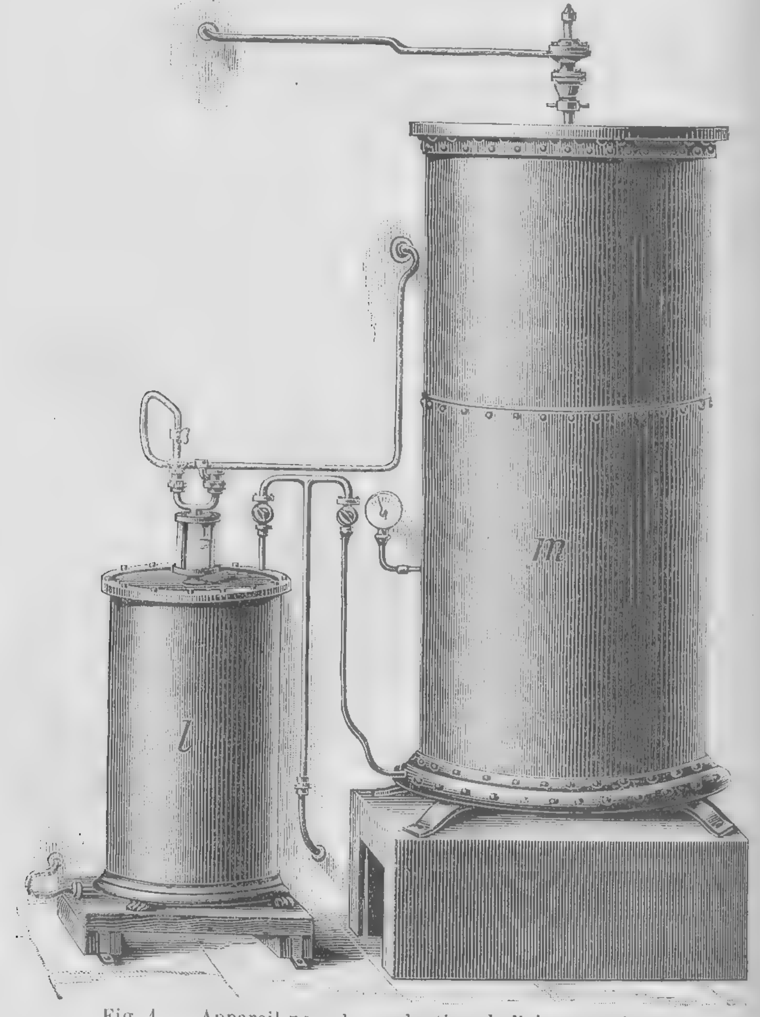


Fig. 1. — Appareil pour la production de l'air comprimé.

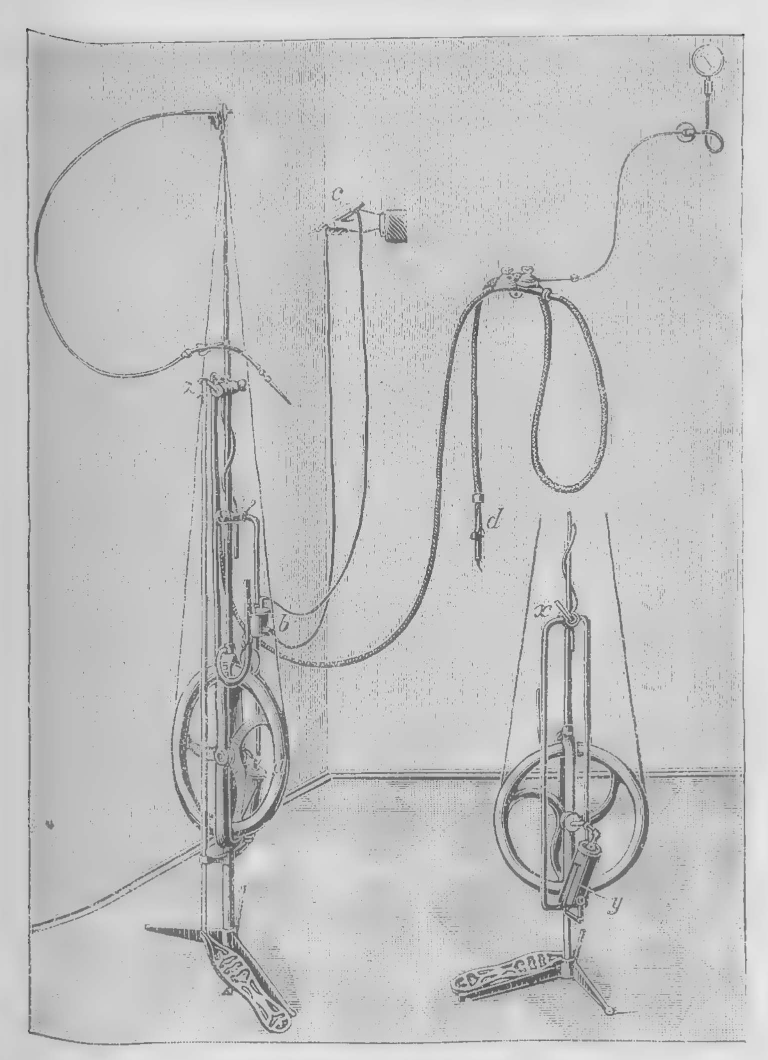


Fig. 2. — Moteur et maillet pneumatiques.

L'appareil générateur peut se loger dans toute cuisine sans qu'il soit besoin d'occuper un grand espace ; je ferai remarquer que je l'ai transformé, afin de disposer d'une force constante, de telle sorte qu'à présent l'air se trouve refoulé dans un petit réservoir *m* au moyen d'un simple appareil *l*, qui fonctionne dans la plupart des brasseries, depuis 10 ans déjà, comme

appareil à faire monter la bière. Comme force de compression se trouve également employée ici la conduite d'eau, qui agit sur l'air tant que la pression de l'air dans le réservoir n'est pas égale à celle de la conduite d'eau. Mais la production d'air comprimé reprend sa marche aussitôt que l'on enlève de l'air au réservoir. Aucune surveillance n'est donc nécessaire et aucune perturbation n'est à craindre dans le fonctionnement, parce que les appareils sont d'une construction très simple. Un tube de cuivre mince conduit l'air comprimé de la cuisine au cabinet d'opération et, comme il se trouve sur le réservoir un réducteur de pression d'air *n*, une pression constante de 1/2 atmosphère est toujours disponible. Mais on ne se sert que d'une pression de 1/10 d'atmosphère pour un cylindre *y* de 5 centimètres de diamètre. (J'ai fait choix d'un plus grand diamètre dans le but de travailler avec une tension inférieure, ce qui a pour résultat, pour les pistons marchant rapidement, une moindre déperdition d'air.) Je puis, au moyen d'une pédale *z*, débuter doucement, marcher avec vitesse, ou arrêter brusquement la machine, en même temps que je puis, à l'aide d'une simple disposition *x*, faire varier la rotation du volant, c'est-à-dire faire marcher la machine *a* en avant ou en arrière. Ces deux dispositions présentent un grand avantage.

Comme on le verra sur le dessin, j'ai appliqué à cette nouvelle machine à fraiser mon maillet pneumatique perfectionné, qui peut être mis en marche à tout moment, sans être la cause d'un dérangement de l'appareil à fraiser. Le perfectionnement de mon maillet consiste dans le battement plus rapide et plus uniforme de la cheville qui, maintenant, avec une marche médiocrement accélérée de la machine, frappe 1,000 coups par minute sur le fouloir. Il est en conséquence équivalent comme effet au maillet électrique, qui passe pour le meilleur condensateur pour l'or, malgré son fonctionnement incertain.

Les changements apportés à ma pompe à air *b* et au maillet *c*, et qui ont amené ce résultat favorable, sont les suivants : la pompe est rendue à double effet par suite d'un léger changement, et elle est reliée, par un deuxième tuyau, au marteau, qui a été aussi l'objet d'un changement, puisqu'à présent l'air vient agir devant ou derrière la cheville. Tandis qu'auparavant la cheville était soulevée par la force d'aspiration de la pompe, maintenant elle se meut en outre encore sous l'action de la pression de l'air, et l'on obtient ainsi un fonctionnement plus précis et plus facilement supportable pour les patients. La transformation de mon maillet pneumatique n'occasionne que des frais peu considérables et elle est exécutée par son construc-

teur, M. Becker (Berlin N. W., Luisestrasse, 50). La machine à fraiser à air, aussi bien que le marteau, ne laissent rien à désirer comme simplicité de construction. On a besoin seulement de les nettoyer de temps en temps et de garnir d'huile les parties mobiles. Le tube dans lequel se meut la cheville n'a pourtant jamais besoin d'être huilé ; il est au contraire nettoyé proprement par les déplacements de la cheville, et il suffit de l'essuyer avec de la ouate enduite de talc. J'emploie depuis un an déjà l'air comprimé avec les appareils décrits en dernier lieu et je ne lui connais pas un refus de service. De plus, la consommation d'eau mérite à peine qu'on s'en occupe ; elle s'élève, pour un usage ordinaire de la machine, à 1 ou 2 centimètres cubes, soit à 20 ou 30 pfennings (0 fr. 25 à 0 fr. 37 1/2) par jour. Le prix des appareils, comparé à celui des coûteuses et incertaines constructions électriques, est aussi réellement inférieur. Mes collègues prendront avec plaisir mes appareils comme modèles, et cela sans frais, puisque je considère pour eux mon brevet comme périmé. Le générateur d'air comprimé, ainsi que le réservoir, avec son armature, se trouve ici au prix de revient à la maison Alisch et Cie, Lindenstrasse. Le moteur n'est pas non plus d'un prix élevé, de façon que j'estime l'installation de toute la construction à 500 ou 600 marks (625 à 750 francs) au plus. Mais aussi est-on pourvu ainsi pour des années, car les réparations sont supprimées.

En dehors de la mise en œuvre de la machine à fraiser et du marteau pneumatique, l'air comprimé trouve encore une application pratique pour l'insufflation d'air froid et d'air chaud dans les cavités dentaires, dans la dessiccation des gencives, dans la pulvérisation des médicaments, etc., au moyen de l'insufflateur électrique d'air *d*, que l'on voit sur le dessin. Il peut encore servir, dans l'atelier, à la production d'un courant d'air continu pour l'insufflateur à gaz, comme celui que nous employons pour souder, de même qu'à la fusion des métaux et à la restauration des travaux en *continous-gum*.

L'application de l'air comprimé est donc aussi variée qu'avantageuse, et elle constitue décidément pour notre art la force la plus économique et la plus fidèle, force que nous pouvons nous procurer d'une manière facile, ainsi qu'il vient d'être décrit, par la transformation de la pression d'eau de la conduite d'eau. Celui qui a appris une fois à connaître l'avantage présenté par une machine automatique saura aussi apprécier le mérite de cette invention. Notre profession exige déjà assez de fatigue physique pour que tout soulagement qui s'offre à nous, surtout quand il se rattache à des sacrifices d'argent, soit accueilli avec joie.

Je me féliciterais si ce petit mémoire devenait l'occasion d'autres applications encore de l'air comprimé, d'après mon système. L'air comprimé a déjà trouvé à Paris une expansion générale ; on est aussi sur le point de l'introduire à Hanau. Mais, avant que nous n'eussions à notre disposition aucune des installations spéciales pour sa mise en œuvre (désignées sous le nom de stations centrales), la conduite d'eau suffirait, à la production de l'air comprimé, de façon telle que la force ainsi développée pût lutter avec le plus grand succès contre l'électricité.

Nous estimons que l'avenir fera une grande place à tout ce qui économisera les forces du dentiste, qui lui permettra de concentrer son attention sur le maniement des pointes actives des outils ; et nous sommes convaincus que le tour à pédale sera, avant peu, considéré comme un instrument imparfait.

Qui l'emportera des forces motrices en présence, l'eau sous pression, l'air comprimé, l'électricité ? Nous ne saurions le dire dès maintenant, mais il est bon que les différents systèmes s'affirment et se comparent.

M. Telschow a raison de dire tout le mal possible de l'électricité produite par des piles — comme agent de force motrice — mais une partie de ses objections tombe quand le générateur d'électricité est dans une station centrale et que le dentiste n'a qu'à dépenser, au fur et à mesure de ses besoins, l'électricité produite en dehors de chez lui.

Dans notre prochain numéro nous examinerons les conditions d'une installation de dentiste dans une ville pourvue de station centrale. Ce sera une réponse aux critiques de notre éminent correspondant.

Quoi qu'il en soit, la distribution d'électricité par des usines spéciales n'est pas près de se généraliser. Pendant longtemps elle sera une ressource aux mains de quelques favorisés, tandis que l'air comprimé dans des récipients peu volumineux est applicable partout. Nous ne doutons pas que certains de nos confrères de province feront bon profit des suggestions et inventions de M. Telschow.

A ce titre nous sommes heureux de présenter une fois de plus les appareils d'un des dentistes les plus ingénieux de ce temps-ci.

P. D.

VOCABULAIRE ABRÉGÉ D'ÉLECTRICITÉ. APPLICATIONS SPÉCIALES A L'ART DENTAIRE

Par J. Foulon[1].

NOTIONS GÉNÉRALES

I. Électricité. — Etant admis l'*unité des forces physiques*, et tout dans la nature n'étant que *forces*, leur état *latent* se trouve condensé dans ce fluide impondérable qui remplit tous les espaces interplanétaires et que nous nommons *éther*.

Les manifestations de ces forces prennent, selon les effets qu'elles produisent sur *le monde extérieur* et sur *nos sens*, les noms différents de son, chaleur, lumière, électricité, le tout se résolvant dans et par le *mouvement*.

Dans les phénomènes de *chaleur*, de *lumière* et de *son*, l'éther n'agit que par ses *vibrations;* dans l'électricité, il agit par son *déplacement* et par sa *masse* en se condensant ou en se raréfiant à la surface des corps.

Cela étant donné, tout corps sera dit à *l'état neutre* quand l'éther dont il est saturé est en *équilibre*.

Mais, si par une cause quelconque : *mouvement*, action *physique* ou action *chimique*, cet équilibre vient à être rompu, l'électricité apparaît agissant par son déplacement et sa masse, prête à recombiner les deux fluides pour rétablir l'équilibre, après avoir fourni un travail vibratoire: son, chaleur, lumière ou mouvement.

Lorsqu'il y a *condensation* de l'éther, c'est-à-dire du potentiel fluidique, l'électricité est dite *positive* ; s'il y a *raréfaction* de ce même potentiel, elle est *négative*.

Nous résumant, nous dirons : « Qu'il n'existe qu'*une seule* » *sorte d'électricité* se présentant sous *deux états opposés :* en » *excès* ou en *moins* représentés par les signes + et —;

» Cela étant, un corps sera à l'*état neutre* quand la *distribu-* » *tion* et la *tension* du fluide éthéré sur ce corps seront à *l'état* » *normal*, c'est-à-dire *en équilibre avec l'éther ambiant*. Qu'un » corps est *électrisé* quand l'*équilibre est rompu entre l'éther* » *qu'il possède* et l'éther ambiant ;

---

1. On nous excusera de présenter aux lecteurs de la *Revue Internationale d'Odontologie* des notions élémentaires. Elles seront pourtant de quelque utilité à certains qui n'ont pu s'assimiler en temps utile la partie fondamentale de l'électricité, cette force prodigieuse, dont l'art dentaire est appelé à tirer si grand bénéfice.

C'est pourquoi nous avons demandé à notre collaborateur M. Foulon un petit résumé pouvant servir aux dentistes dans l'étude et l'essai des applications électriques. N. D. L. R.

» Que deux corps *sont chargés de la même électricité*, lorsque
» *l'éther est soit condensé, soit raréfié sur tous les deux ;*

» Enfin qu'ils sont *chargés d'électricités contraires*, toutes les
» fois *que le fluide éthéré est condensé sur l'un*, alors qu'il *est*
» *raréfié sur l'autre* » (Ganot, *Traité de physique*).

II. Lois. — Deux corps chargés de la *même électricité se repoussent*, deux corps chargés *d'électricités contraires s'attirent*.

Lorsqu'on frotte *ensemble* deux corps de nature quelconque, le *fluide neutre de chacun* se trouve décomposé. L'un des corps se trouve dans un état *de tension* et devient *positif*, l'autre dans un état de *raréfaction* et devient *négatif*.

III. Sources d'électricité. — Sont : le frottement, la pression, le clivage, les actions chimiques et la chaleur.

1° Quand la décomposition du fluide neutre est produite par le *frottement*, l'électricité est dite *statique* (machines de Ramsden, de Nairne, de Van Marum, d'Armstrong, de Holtz, de Carré, de Piche, de Voss, de Winshurst, etc., etc.).

2° Quand la décomposition du fluide neutre est produite par l'*action chimique* d'un acide sur un métal, l'électricité est dite *dynamique* et la source électrique prend le nom de *piles* (Volta, Daniell, Wollaston, Grove, Bunsen, Calland, Chardin, Plantès, Duchemin, Leclanché, Minotto, Carré, Dulaurier, Granet, Trouvé, Warron, de la Rüe.

3° La décomposition du fluide neutre s'obtient encore au moyen des machines *magnéto-électriques*. Pour cela on utilise dans ces machines l'action *qu'exercent à distance* les *corps électrisés* sur les *corps à l'état neutre*. Pour ce faire, il faut soit une *force motrice :* chute d'eau, courant ou vent ; soit un générateur de vapeur et transformer ces forces : eau, charbon, courant atmosphérique ou chaleur solaire, en mouvement au moyen d'organes appropriés : turbines, roues à palettes, à auges ou de côté ou moteurs à vapeur (machines de Pixü, de Clarke, de Nollet, de Wilde, de Siemens, de Ladd, de Grammne, etc., etc.).

4° A signaler aussi les sources aéro-thermiques, dites piles à air chaud.

IV. Effets de l'électricité statique. — Se divisent en *lumineux*, *calorifiques*, *mécaniques* et *chimiques* et enfin, et c'est ce qui nous occupe spécialement, en effets *physiologiques* (Voir le vocabulaire).

V. Effets des courants dynamiques. — Se divisent en *lumineux*, *calorifiques*, *chimiques*, *magnétiques*, *induisants* et *physiologiques* qui, tous les six, nous intéressent (voir le vocabulaire), et enfin en effets *mécaniques* qui, pour le moment, nous intéressent moins, si ce n'est au point de vue des *moteurs dentaires*.

A

ACTION BIPOLAIRE. — Limitée à une région, au moyen de deux pôles. Exemple : la cataphorèse gingivale avec la cocaïne.

AIGUILLES. — Dénommées sondes ou tire-nerfs en art dentaire, pour déverser le courant dans un canal dentaire.

ACTION CHIMIQUE. — Décomposition des tissus par le courant. Le + sclérose les tissus avec tendance rétractile.

Le — les ramollit avec tendance suppurative.

AMALGAME. — Pour atténuer dans une pile l'action corrosive de l'acide sur les zincs, on amalgame ceux-ci en les frottant après décapage avec du mercure ou plus simplement encore en les plongeant cinq secondes dans une dissolution de bisulfate de mercure.

AMPÈRE. — Unité d'intensité représentant le courant d'un élément Daniell (Volt) agissant sur une colonne de mercure de 0,001 de section et de 1 mètre de longueur (ohm).

N. B. — On n'emploie que le milliampère.

AMPÈREMÈTRE. — (Voir *Galvanomètre*.)

ANODE. — Pôle négatif d'une pile (celui qui s'attaque).

Par opposition le pôle positif est dénommé *catode*.

B

BIPOLAIRE. — (Voir *Action bipolaire*.)

BISULFATE DE MERCURE ou sulfate de sous-oxyde de mercure ($Hg\ O^2, SO^3$), employé comme liquide excitateur dans les piles à courant constant.

S'obtient en versant de l'acide sulfurique dans de l'azotate de sous-oxyde de mercure.

Formule de liquide excitateur pour piles à courants continus.

Formule pour *un* élément Chardin à flotteurs.

Bisulfate de mercure .	15 gr.	par flacon.
Eau distillée	40 gr.	
Acide sulfurique . .	3 gr.	

Agiter, filtrer, laisser reposer et remplir chaque élément comme il conviendra.

Bichromate de soude ou de potasse. — Employé en solution comme liquide excitateur dans les piles à grand débit (thermo-caustie) ou dans le faradisme.

La formule est $2\ (KO,\ 2\ CrO^3)$. S'obtient en chauffant au rouge 2 parties de fer chromé ($FeO, Cr^2\ O^3$) avec une partie de nitre. Ce produit est repris par l'eau, puis par l'acide acétique.

Cristaux rouge orange, inaltérables à l'air.

Formule du liquide excitateur pour piles à grand débit ou faradisme.

Bichromate de K ou de P.	150 gr.
Acide sulfurique. . . .	200 gr.
Acide chlorhydrique . .	50 gr.
Eau	1000 gr.

Faire dissoudre à chaud, laisser reposer et remplir chaque élément comme il conviendra.

N. B. — Le liquide *neuf* est *rouge*, le liquide *vieux* est *noir* verdâtre.

Ne pas mélanger du neuf avec du vieux, pour le renforcer, ce serait perdre son temps et son liquide. Jeter toujours le liquide neutralisé ou par trop épuisé et le remplacer par du neuf.

Batterie. — Assemblage en quantité ou tension d'un certain nombre de piles.

C

Cataphorèse. — Transport des médicaments aux organes internes par le moyen des courants galvaniques.

L'action cataphorétique se décompose comme suit :

1° Excitation de la vascularisation ;

2° Elargissement des pores de la peau ;

3° Décomposition du médicament ;

4° Entraînement à travers les tissus et par les capillaires du médicament, et cela à l'état naissant sous l'action gradative et décomposante du courant.

D'où action physique et action chimique.

Courant continu, ou électrolytique ou galvanisme. — Se dit de l'action directe d'une source électrique sur un sujet, sans autre intermédiaire que l'ampèremètre et les électrodes.

Courant ascendant. — Le + loin des centres nerveux, le — aussi près de ceux-ci qu'il est nécessaire. Ce courant est *hypertrophique*.

Courant descendant. — Le — loin des centres nerveux, le + aussi près de ceux-ci qu'il est nécessaire. Ce courant est *atrophique*.

Courant fermé sur lui-même. — Quand les deux pôles se touchent sans résistance intercalaire aucune.

Circuit fermé. — Lorsque les pôles — et + ne rencontrent aucune lacune quand ils sont en application sur un corps, un organe ou un membre.

Circuit ouvert. — Lorsque les électrodes + et — ne sont pas simultanément appliqués.

Coulomb. — Représente la *quantité* d'électricité débitée pen-

dant une seconde par un courant de un élément de Daniell (Volt) agissant sur une résistance représentée par une colonne de mercure de 0.001 de section et de 1 mètre de hauteur (un ohm, c'est-à-dire par un ampère).

Courant faible. — Par rapport aux sensations éprouvées par le sujet chez lequel celles-ci doivent être légères et comme simplement indicatrices du passage du courant.

E

Eclairage. — (Voir *Lampe.*)

Effets électriques. — (Voir *Electricité.*)

Electrodes. — Organes de réunion des pôles d'une source électrique à un sujet.

Ces organes sont en forme d'olive, de tampons, de rouleau, de plaques, d'anneaux, de pinceau, de sondes, d'aiguilles, et autres types de formes appropriées à des besoins spéciaux.

Electrolyse. — Action chimique des courants galvaniques ou continus.

F

Force électro-motrice. — Se mesure en volts. Elle dépend exclusivement des produits qui entrent dans la composition des piles. (Voir *Quantité.*)

Farad. — Unité de capacité représentant la prise en charge par un accumulateur de la quantité d'électricité débitée par un élément Daniell (Volt) pendant une seconde, agissant sur une résistance de un ohm, c'est-à-dire d'un coulomb.

Faradisation. — Utilisation physiologique ou médicale des courants induit ou inducteur. Ce dernier est aussi appelé extra-courant et jouit de propriétés électrolytiques. Le courant induit, au contraire, ne donne aucune indication au voltamètre.

Fermeture d'un courant. — Disposition des piles permettant l'échange ou la recomposition des fluides de noms contraires.

G

Galvanisation. — Application d'un courant continu.

Galvanocaustie chimique. — Action électrolytique.

Galvanocaustie thermique. — Voltaïsme. Application du courant émanant de piles à grand débit, à la thermocaustie au moyen de cautères de diverses formes en platine, ou à l'éclairage au moyen d'une lampe à incandescence.

Galvanomètre ou Ampèremètre. — Instrument destiné à mesurer l'intensité d'un courant dans l'application de celui-ci au galvanisme, ou à la galvanocaustie chimique.

N. B. — Le galvanomètre réduit à une simple boussole prend le nom de *galvanoscope.* S'il est étalonné, il est dit *ampèremètre*, et si en sus de cet étalonnage il donne ses indications sans oscillations mais brusquement, il est dit *apériodique.*

Graduation des courants. — 1° Dans les appareils *galvaniques :* s'obtient au moyen d'un ou de deux collecteurs circulaires ou rectilignes.

2° Dans les appareils *faradiques :* s'obtient, soit au moyen d'un curseur intérieur à la bobine induite, quand celle-ci est fixe, ou en déplaçant la bobine induite sur la bobine inductrice dans les appareils à chariot.

L'*extra-courant* se gradue sur la bobine inductrice au moyen d'un curseur creux et dans le sens inverse du courant induit.

3° Dans le *voltaïsme* : par l'immersion plus ou moins grande des éléments dans le liquide excitateur.

I

Induction. — Courants faradiques.

L

Lampes a incandescence. — Instrument d'éclairage composé d'un fil très fin de charbon, recourbé en fer à cheval ou en U renversé, enfermé dans une ampoule sphérique ou pyriforme de cristal dans laquelle on a fait le vide barométrique. Le tout est monté sur une rallonge munie d'un réflecteur de façon à pouvoir être adapté à un manche interrupteur.

Utilisent les piles à grand débit.

Excellentes pour le diagnostic des pulpites, des périostites, l'examen de l'antre d'Highmore par transparence, et de toute la cavité bucco-pharyngienne.

Liquides excitateurs. — (Voir *Bisulfate de mercure et bichromate de potasse ou de soude.*)

Lois. -- (Voir *Electricité.*)

M

Milliampère. — (Voir *Galvanomètre.*) Seule mesure usitée pour la lecture des quantités électriques employées en électrothérapie.

O

Ohm. — Unité de résistance d'une valeur approximative représentée par une colonne de mercure de 0,001 millim. carré de section et de 1 mètre de longueur.

P

Piles. — (Voir *Electricité.*)

Polarisation d'une pile. — Quand l'énergie de l'action chimique est insuffisante pour décomposer le fluide neutre.

Polarisation d'un courant. — Quand la production d'un courant n'est pas proportionnée à la dépense qu'on en fait.

Pôles. — (Voir *Electricité.*) De plus, la majorité des piles étant montées charbon et zinc, et le zinc étant le métal attaqué, c'est celui-ci qui est le négatif (—). Le charbon au contraire non attaqué est dit pôle positif (+).

Pôle actif. — Celui qui doit déterminer l'action qu'on se propose.

Pôle perdu. — Par opposition au pôle actif, l'autre est dit placé en pôle perdu quand il est placé en un point quelconque, simplement pour fermer le circuit.

N. B. — Dans certaines circonstances, à cause des propriétés hypertrophiques des courants ascendants et des propriétés atrophiques des courants descendants, il importe que le pôle perdu soit placé selon les règles de l'art et non indifféremment.

Potentiel. — Différence en plus ou en moins entre la masse de fluide neutre contenue dans un corps, et celle contenue dans un milieu ambiant.

Q

Quantité. — Dépend de la surface attaquée et de l'énergie du liquide excitateur.

R

Renverseur. — Organe au moyen duquel on rend positif le pôle négatif et négatif le pôle positif.

N. B. — Inutile dans la thérapeutique dentaire, et nous ne le signalons que pour en déconseiller l'usage, car tout renverseur est forcément interrupteur. Or, dans la région où nous opérons, il faut absolument éviter les phénomènes cérébraux occasionnés par une interruption. C'est pourquoi il est préférable de ramener le collecteur à 0, puis de changer les pitons des rhéophores de bornes, la manœuvre du renverseur pouvant faire oublier celle préalable du collecteur.

Rhéophores. — Nom donné aux cordons qui relient les bornes d'un appareil électrique aux électrodes.

Rhéostat. — Appareil construit de façon à pouvoir intercaler une résistance variable dans un courant de façon à en modifier l'écoulement et les effets de tension. Cet instrument joue le même rôle vis-à-vis de l'écoulement du courant électrique qu'un robinet vis-à-vis d'un liquide.

Rupture de circuit. — Toute circonstance empêchant les deux pôles d'agir en un point donné : rupture d'attelage, soit

aux bornes, soit aux électrodes, ou bien l'éloignement momentané de l'un de ces derniers par une cause quelconque.

S

Sources d'électricité. — (Voir *Electricité.*)

T

Tension. — Résistance à la recomposition des fluides + et — accumulés chacun à un pôle. Cette résistance dépend des éléments (liquide et métaux) qui composent chaque couple.

Tension (Eléments montés en), c'est-à-dire les + réunis ensemble et les — réunis également ensemble de façon à ne former que deux courants, l'un + l'autre —.

N. B. — La *quantité* débitée n'en est pas augmentée, mais la *résistance* est d'autant plus considérable qu'il y a d'éléments, et peut par là même surmonter une plus grande *résistance* opposée au passage du courant. Donc la *tension* de la pile est destinée à vaincre la *résistance* extérieure. La tension fournie par plusieurs éléments représente donc une *résistance active* opposée et destinée à vaincre la *résistance passive* offerte au passage du courant dans un milieu quelconque.

Thermo-électriques (Piles.) — (Voir *Electricité.*)

Pile basée sur la différence des dilatations de métaux différents soudés ensemble.

Cette dilatation est produite par une source de calorique quelconque.

V

Volt. — Unité de force électro-motrice représentée par le dégagement électrique fourni par un élément de Daniell, au sulfate de cuivre.

Voltaïsme. — Nom donné aux courants produits par des piles à grand débit appliquées à la thermocaustie, à l'éclairage électrique, à la soudure, à la fusion des corps par l'arc voltaïque.

Voltamètre. — Instrument permettant de mesurer l'intensité d'une pile par la décomposition de l'eau.

QUELQUES PERFECTIONNEMENTS AUX PROCÉDÉS DU Dr HERBST

PAR M. HEIDÉ
Professeur à l'École Dentaire de Paris.

Après l'important ensemble qui constituait la série de démonstrations présentées aux lecteurs de cette *Revue* dans notre premier numéro, nous n'avons plus qu'à glaner quelques bribes, quelques perfectionnements secondaires.

Toutefois, puisque notre éminent confrère a bien voulu nous envoyer récemment quelques modèles et spécimens de nouveaux travaux entrepris par lui, nous croyons de notre devoir de les communiquer à notre tour à nos confrères français.

I. — RECONSTITUTION DE DENTS PAR LA MÉTHODE ROTATIVE

La reconstitution, surtout quand elle est importante, est la pierre de touche de l'aurification. L'incisive représentée par la figure 1 a eu le bord libre refait à l'aide de la méthode rotative ; cela semble prouver que l'or touché par le fouloir actionné par le tour, garde toutes ses propriétés d'adhésivité ; que les cylindres et les feuilles mis succesivement, peuvent par l'emploi de cette méthode, faire masse à la manière d'un lingot.

De semblables aurifications manquent d'appui latéral et il faut vraiment pour les réussir non seulement de l'habileté opératoire, mais encore un procédé qui laisse à l'or toute sa souplesse ainsi que ses qualités adhésives.

Pour reconstituer une incisive, comme celle figurée ci-dessous, la préparation de la cavité importe au plus haut point, et M. Herbst insiste pour qu'il soit fait une rainure solidement ancrée du côté de la face linguale. Des cylindres d'or Herbst — dont nous pouvons apprécier les qualités adhésives — sont mis successivement puis condensés avec des fouloirs rotatifs en agate; pour finir l'aurification est achevée avec de l'or en feuilles n° 60.

En conduisant l'opération avec une propreté absolue, on a une reconstitution d'une solidité éprouvée.

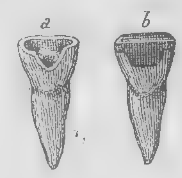


Fig. 1. — Reconstitution d'incisive ; *a*, préparation de la cavité ; *b*, dent reconstituée.

II. — TRAVAIL A PONT DE SIX DENTS

Dans la bouche où ce travail fut fait (figure 2), les quatre incisives

n'existaient plus; les canines, les deuxièmes bicuspides et les molaires étaient les dents restantes.

Après avoir placé des coiffes métalliques sur les bicuspides, on ajuste autour d'elles des anneaux. L'empreinte est prise en s'arrangeant pour que les anneaux destinés à faire crochet soient retirés avec elle.

Comme le moule est destiné à aller au feu, on doit le couler en ajoutant au plâtre une poudre réfractaire, terre à mouler, poussière de marbre, etc.

Les dents sont ajustées sur le modèle et contreplaquées comme à l'ordinaire. Des fils de demi-jonc sont contournés autour des canines, afin de servir de crochets. Le tout est remis en place et fixé avec de la cire; puis on coule un revêtement externe de manière à maintenir dents, anneaux et crochets à leur place; la cire est enlevée par l'eau chaude; on découpe sur une étendue de 5 à 6 millimètres une plaque d'or a aurifier n° 60, on l'ajuste à l'aide de brucelles, de fouloirs ; on renforce cette première plaque par d'autres superposées, on bourre un peu d'or en feuilles dans les dépressions et interstices. Sur cette plaque on ajoute des paillons de soudure et des fragments d'or en abondance et on soude. L'on a ainsi une plaque d'or sans avoir estampé.

En quelques heures il est ainsi possible de faire une pièce à pont amovible. Si le mécanicien a quelque peu d'habileté technique, cet appareil aura tous les mérites de celui fait par les moyens classiques.

Il va de soi que si on voulait faire une pièce inamovible, les coiffes métalliques pourraient être soudées directement à la plaque. C'est là une solution moins élégante que la précédente.

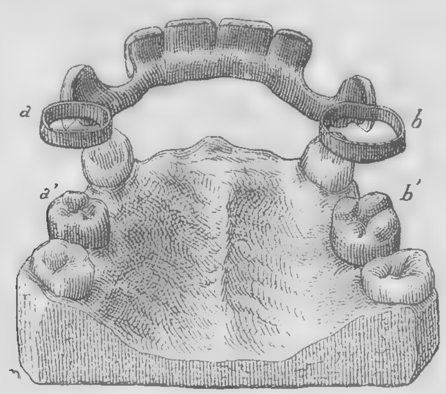


Fig. 2. — Appareil métallique de six dents fait sans estampage.

Nous n'avons pas eu la prétention de faire connaître des procédés absolument originaux, mais seulement de montrer à nouveau les ressources de la méthode rotative ainsi que celles du travail à pont.

Les coiffes et couronnes métalliques ont été au début une simple restauration de dent ne pouvant plus retenir aucune matière obturatrice. Leurs services s'étendront encore et nous sommes convaincus qu'elles deviendront un de nos meilleurs auxiliaires pour la confection d'appareils prothétiques.

SOCIÉTÉS ODONTOLOGIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Présidence de M. Viau.

Séance du 11 avril 1893.

LE BROMURE D'ÉTHYLE

Le Président donne lecture d'une lettre de MM. *Frey* et *Sauvez* qui, pour prendre date, font part à la Société d'expériences qu'ils poursuivent en commun sur le bromure d'éthyle appliqué à l'extraction des dents. Ce produit, disent les auteurs, est très usité en Allemagne, mais en France il n'est pas employé pour l'extraction des dents; nous en avons obtenu de très bons résultats et avons déjà 60 observations, nous attendons d'en avoir un plus grand nombre pour vous faire une communication plus étendue à ce sujet.

M. Meng. — En 1889, j'ai vu employer à Berlin le bromure d'éthyle pour l'extraction de dents, l'opération était plus longue et donnait de moins bons résultats que le chloroforme.

M. Viau. — Avec le concours du Dr Pinet j'ai essayé, il y a quelque temps, le bromure d'éthyle à la clinique de l'Ecole et il nous a donné d'assez mauvais résultats, mais je dois dire que sur l'invitation de M. Sauvez, je me suis rendu à sa clinique et là j'ai pu constater les très bons résultats qu'il obtient. Il faut probablement attribuer cette différence à la mauvaise qualité du bromure d'éthyle que nous avions employé à l'Ecole; il avait, en effet, une odeur très désagréable, tout à fait différente de celui employé par M. Sauvez.

M. Frey. — Le bromure d'éthyle pur est très difficile à se procurer.

M. Gillard. — Le bromure d'éthyle a déjà été employé à Paris plusieurs fois pour l'extraction des dents. Le docteur Chatellier, laryngologiste, a anesthésié chez moi les deux petites filles d'un de ses confrères auxquelles j'ai enlevé des dents, l'anesthésie a été très rapide et a donné de très bons résultats.

M. Roy. — M. Poitou-Duplessy s'est livré à des expériences sur le bromure d'éthyle et il résulte de ses observations que cet agent est très bon pour amener l'anesthésie, qu'il produit très rapidement et sans période d'excitation notable, mais que,par contre,il est très mauvais à la période d'anesthésie confirmée parce qu'il provoque très

rapidement l'apnée toxique, c'est pourquoi il conseille de l'associer au chloroforme pour les opérations demandant une durée de plus de quelques minutes et on combine ainsi les avantages des deux produits (Voir *Revue Internationale d'Odontologie* 1893, p. 183).

M. Frey. — Le bromure d'éthyle agit par sidération.

RÉSULTAT DE DEUX CAS DE TRANSPLANTATION

M. Martinier lit, au nom de *M. Choquet* empêché, une communication sur les résultats éloignés de deux transplantations :

J'avais tout d'abord obtenu pour les deux cas qui font l'objet de cette communication des résultats assez satisfaisants et les avais communiqués par mon confrère, M. Tusseau, à la Société, mais les résultats finaux ont été très mauvais. Pour ces deux dents, transplantées chez la même personne, la consolidation avait été très longue à obtenir, la 1re posée le 11 mars 1891 ne fut consolidée que le 30 avril, la seconde, une prémolaire posée le 16 juillet, ne fut consolidée que le 1er septembre.

La grande incisive, par suite de l'articulation, se brisa 12 mois après et la racine occasionna une série de fistules. Je dus, au bout de quelque temps, enlever la prémolaire dont la racine était très résorbée. J'ai vu une implantation faite depuis 4 ans qui se comportait très bien mais je crois que, suivant les conclusions qui ont été données par Freudel, l'intégrité du périoste est nécessaire à la consolidation. (Les dents sont présentées.)

M. Franz. — Je ne m'explique pas la fracture de la grande incisive du fait de l'articulation, car si celle-ci gêne il y a périostite et non fracture.

M. Viau. — Ainsi que vous pouvez le voir il y a eu résorption de la dent avant sa fracture, c'est ce qui explique que celle-ci ait pu se produire.

M. Franz. — Alors il y a eu résorption et non fracture.

M. Roy. — Je me souviens de la première communication de M. Choquet sur ces deux cas et il y avait dans son observation quelques faits qui peuvent expliquer en partie son échec.

En effet, si mes souvenirs sont fidèles, il s'agissait de dents quelconques qui traînaient dans un tiroir depuis longtemps et qui avaient été transplantées après un lavage sommaire dans une solution de nitrate d'argent.

M. Franz. — Quand les nerfs ne sont pas enlevés c'est une très mauvaise chose, j'ai eu pour ma part, dans un cas, un très beau succès que je crois devoir attribuer à une antisepsie rigoureuse.

M. Barrié. — Il suffit que l'apex soit bouché d'autant plus que l'extraction de tous les débris pulpaires n'est pas toujours facile.

M. Franz. — La racine peut se résorber sur une partie de son étendue et mettre à découvert un point non nettoyé.

M. Barrié. — Il suffit de boucher sur une étendue de quelques millimètres.

M. Gillard. — On obtient des résultats bien étonnants parfois alors que les soins ont été insignifiants. Je me souviens d'avoir fait

à Cochin, avant d'être élève à l'Ecole Dentaire, alors que je n'avais qu'une idée très vague des soins à donner à une dent, une réimplantation à un étudiant ; il s'agissait d'une grosse molaire inférieure.

La dent enlevée, bouchée et remise en place après un simple lavage à l'eau, reprit parfaitement. J'ai revu il y a quelque temps mon opéré, aujourd'hui docteur en province, et sa dent va très bien.

M. Roy. — M. Godon nous a présenté en 1889 un malade à qui il avait transplanté une petite molaire supérieure sans enlever la pulpe, mais cette dent aussitôt enlevée avait été plongée dans une solution antiseptique d'où elle n'avait été retirée que pour être posée au malade qui nous a été présenté. De plus, cette dent présentait cette particularité que, la racine étant trop petite, M. Godon y avait ajouté un fragment de racine comme cale. Nous avons pu constater lors de la présentation que la dent réimplantée avait conservé sa coloration normale, contrastant ainsi avec la petite molaire voisine, non réimplantée, mais qui, atteinte de carie du 4e degré, avait la teinte grise des dents mortes.

Du reste cette observation qui a déjà paru dans l'*Odontologie*, a été publiée à nouveau, à cause de certaines particularités, nouvelles dans la *Revue Internationale d'Odontologie* (Voir *Revue Internationale d'Odontologie*, 1893, p. 101).

M. Lemerle. — J'ai fait,il y a déjà longtemps,à l'Ecole,une réimplantation qui avait donné de très bons résultats immédiats mais 3 mois après je dus enlever la dent, la racine était complètement résorbée. J'ai dû en enlever une autre au bout de 3 ans ; immédiatement après la réimplantation la malade avait eu une grosse fluxion, cependant la dent dura 3 ans.

M. Willer. — M. Ronnet a dans la bouche une dent réimplantée depuis 11 ans.

M. Lemerle. — J'ai fait deux dents à pivot sur deux racines dont l'une avait été réimplantée ; mon malade mange mieux sur cette dernière que sur l'autre.

M. Loup. — J'ai fait autrefois un travail où je m'efforçais d'établir l'importance du tempérament de celui à qui on enlève la dent et de celui à qui on la transplante. C'est cette question de tempérament qui explique,selon moi, les succès et les insuccès.

ÉMAIL A HAUTE TEMPÉRATURE

M. Loup. — Je m'étais déjà livré à divers essais sur l'émail, j'ai perfectionné mes premiers essais et j'ai depuis obtenu de très bons résultats avec un émail de ma composition que l'on peut trouver chez Contenau et Godart.

Les applications de cet émail sont multiples, ainsi que vous le montreront les divers spécimens que je vais avoir l'honneur de vous faire passer sous les yeux. On peut faire avec lui des dents logan avec toute espèce de dents, avec des dents diatoriques ou des dents à pivot de bois en leur soudant un pivot de platine ; on peut souder des blocs de dents à gencive pour éviter le passage du

caoutchouc entre eux, ce qui se produit fatalement et enlève tout le bénéfice des dents à gencive. Pour cela vous placez dans le plâtre les 2 blocs en mettant en dessous un peu de papier de soie pour éviter le passage du plâtre, vous mettez l'émail dans la rainure et vous soudez. On peut souder des blocs cassés, y remettre une dent qui viendrait à se casser, pour cela il suffit d'enlever soigneusement ce qui reste de la dent primitive en respectant la gencive et on ajuste dans l'encoche une nouvelle dent. J'ai là un bloc où j'ai fait cette petite opération et il est impossible de reconnaître la réparation à moins de regarder par derrière. Cet émail résiste à la fusion de l'or.

M. Roy. — Un membre de province dont je ne me souviens plus du nom a fait, il y a quelques mois, à la Société de la rue de l'Abbaye, une communication sur la fabrication des dents logan à l'aide de dents à pivot de bois en y soudant un pivot de platine.

M. Meng. — M. Parmly-Brown en 1889 a fait ici une démonstration pour la fabrication des dents à pivot en soudant à des dents ordinaires des blocs de porcelaine.

ÉTUDE CRITIQUE SUR LES INTOXICATIONS A LA COCAINE

M. Viau. — Des nécessités de copie m'ont obligé de donner ma communication à l'*Odontologie* pour son dernier numéro, vous avez donc pu la lire, désirez-vous néanmoins que je vous en donne lecture ?..... Quelqu'un a-t-il des observations à présenter au sujet de ma communication ?

M. Frey. — Je n'ai, pour ma part, qu'à féliciter M. Viau de son très intéressant article critique.

DES GINGIVITES MERCURIELLES D'ORIGINE THÉRAPEUTIQUE

M. Jeay. — Je me suis trouvé à même d'observer ces temps derniers un grand nombre de stomatites mercurielles, il s'agissait de syphilitiques traités par des injections d'huile grise. Les résultats généraux étaient très bons mais les accidents buccaux survenaient rapidement.

Je vais vous exposer le résultat de mes recherches sur les stomatites que j'ai traitées.

La stomatite se développe d'autant plus vite que le composé mercuriel est moins soluble ; d'un autre côté, le lymphatisme paraît agir comme cause prédisposante des accidents buccaux.

Le docteur Thomas nous disait, dans son cours, que la stomatite mercurielle commençait toujours au niveau de la petite molaire inférieure du côté où le malade se couche. Dans tous les cas que j'ai observés je n'ai pas remarqué ce fait, la gingivite a débuté par les incisives inférieures.

Tout le monde est d'accord sur ce point que le mercure est éliminé par la salive et agit ainsi en irritant la muqueuse buccale. Le ptyalisme apparaît 1 heure 1/2 après l'injection du composé mercuriel. On a dit que le mercure était éliminé par les glandes à mucus des gencives et par le périoste alvéolo-dentaire. Mais, dit Magitot, il n'y a pas de glandes à mucus dans la gencive. Pourquoi y a-t-il

dans la stomatite mercurielle gingivite d'abord, la stomatite n'étant pas la lésion primitive, mais une complication de la gingivite?

Le mercure attaque les gencives parce que c'est un point de la bouche plus exposé : même dans une bouche bien entretenue il y a les espaces interdentaires qui sont des points facilement attaquables et si la muqueuse est irritée déjà auparavant par du tartre, le mercure vient donner un coup de fouet. D'où l'on peut conclure que l'intensité de la stomatite est en rapport avec la propreté de la bouche.

Je n'insisterai pas sur l'anatomie pathologique de la stomatite mercurielle, les lésions sont celles qu'on observe dans toute phlegmasie.

Le traitement est un point particulièrement intéressant. La première chose à faire est évidemment le nettoyage de la bouche, mais cela ne suffit pas. Voulant faire en même temps de l'antisepsie buccale, j'employai tout d'abord, dans les cas que j'ai traités, le chlorate de potasse et l'eau oxygénée mais les résultats que j'obtins n'étaient pas satisfaisants ; je me souvins alors de ce que j'avais entendu dire à l'Ecole par M. Papot, la stomatite mercurielle se guérit par le mercure. Je fis donc des lavages au collet des dents avec le sublimé en solution à 1 pour 1000 mais je n'obtins pas d'amélioration. Je pensai que cela tenait à la trop grande concentration de la solution et j'employai une solution à 1 pour 5000 et arrivai progressivement au bout de quelques jours, dans l'intervalle compris entre deux injections d'huile grise, à la solution que j'avais primitivement employée 1 pour 1000. Le résultat fut tel que je l'espérais, j'obtins la guérison complète de la stomatite et il n'y eut pas de récidive avec les nouvelles injections.

Comment agit le sublimé dans le traitement que j'ai employé ? A mon avis on doit expliquer son action ainsi : le mercure irrite la gencive, mais, employé en solution faible, puis de plus en plus concentrée, les tissus s'accoutument à son action et, lorsque l'on fait l'injection médicamenteuse, ils ne sont plus irrités par le mercure éliminé.

De mes observations je conclus que les composés mercuriaux ont, sur la bouche, une action nocive d'autant plus grande qu'ils sont moins solubles ; que la stomatite est d'autant plus intense que la bouche est moins soignée. Comme traitement, nettoyage de la bouche, chlorate de potasse intus et extra, scarifications, pointes de feu et injections de sublimé en solution de plus en plus concentrée en commençant par une solution de 1 p. 5000 pour arriver à la solution de 1 p. 1000.

M. Roy. — M. Jeay n'a pas parlé dans sa communication des travaux de M. Galippe. Cet auteur s'est occupé de la question d'une façon toute particulière et, que ses idées soient admises ou non, on doit en dire un mot au moins.

Pour M. Galippe la stomatite mercurielle n'est pas une entité morbide, ce qu'on a désigné jusqu'à présent sous ce nom est une stomatite septique qui n'a rien à voir avec le mercure et à l'appui

de son dire M. Galippe traite ces stomatites par l'antisepsie à l'aide de la liqueur de Van Swieten, après nettoyage de la bouche naturellement. La stomatite n'est pas mercurielle, dit-il, mais encore le mercure la guérit.

Pour ma part, je n'adopte pas les idées de M. Galippe quand il nie l'influence du mercure sur le développement de la stomatite mercurielle.

Nous voyons tous les jours des individus avec des bouches absolument septiques, dans les plus mauvaises conditions hygiéniques, et cependant ces individus, s'ils ne prennent pas de mercure, n'ont rien qui ressemble aux accidents, on pourrait dire presque redoutables, qu'ils présentent dès qu'ils ont absorbé du mercure. Quel que soit le mode d'action du mercure, c'est certainement lui qui provoque la stomatite ; qu'il agisse surtout sur un terrain préparé, cela est incontestable.

J'ai une seconde observation à faire :

M. Jeay fait reposer toutes ses déductions sur l'élimination du mercure par la salive ; or, au dernier Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie, de Vienne, M. Ullman, de Vienne, a exposé un procédé très précis de recherche du mercure dans l'organisme et il résulte de ses recherches que le mercure se trouve le plus en abondance dans les reins, le foie, etc. et que les glandes salivaires n'en contiennent que des traces et la salive pas du tout. La salivation mercurielle serait d'ordre réflexe.

M. Jeay. — Mais alors pourquoi les malades ressentent-ils cette saveur métallique ?

M. Roy. — Je ne discute pas, j'expose ce qui a été dit.

M. Franz. — Rabuteau dit que la plus grande partie du mercure est éliminée par l'urine et la quantité éliminée par la salive est très faible. D'après lui jamais on n'observerait de gingivite quand le mercure est bien dosé. Les accidents observés sont dus à la méconnaissance de ce principe.

CURETTE POUR LE SINUS

M. Frey présente une curette tranchante à articulation, spécialement construite pour faire le curettage du sinus maxillaire.

La séance est levée.

Maurice Roy.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA GENÈSE DU CONGRÈS DENTAIRE DE CHICAGO

L'Académie Américaine de Science dentaire tenait, le 16 novembre 1892, sa vingt-cinquième réunion annuelle. Notre ami le Dr Harlan, qui a été le plus zélé promoteur du Congrès Den-

taire de Chicago, retraçait devant ses auditeurs les origines de la grande réunion qui va se tenir dans la seconde cité américaine.

Qu'on le veuille ou non, le Congrès Dentaire de Chicago portera dans notre histoire professionnelle le nom de Deuxième Congrès Dentaire International. Il nous achemine vers la création de grandes réunions professionnelles, faites par et pour les dentistes de tous les pays.

L'exposition de 1900 sera l'occasion d'un Congrès Dentaire à Paris, et nous sommes assurés que les dentistes français sauront en prendre l'initiative en temps opportun ; la tradition sera créée. Nous sommes heureux de constater la convergence des efforts entre les dentistes américains et les dentistes français. Ce fait contraste avec l'attitude de nos confrères de la Grande-Bretagne, qui viennent de décider, à leur réunion annuelle de Birmingham, qu'ils ne se feraient pas représenter au Congrès Dentaire de Chicago.

John Bull dans son île dit toujours :

Moi seul et c'est assez.

Voici les passages qui nous concernent le plus directement dans le discours de M. Harlan emprunté au *Western Dental Journal* :

Le 3 juillet 1887, les sociétés dentaires françaises de Paris, décidèrent, en vue de la prochaine exposition de 1889, de faire un appel pour réunir un Congrès dentaire international. Le 27 juillet, les représentants des deux sociétés se rencontrèrent, et on fit un appel officiel pour un Congrès qui devait avoir lieu le 1er septembre 1889. La presse dentaire fit beaucoup d'opposition à cette mesure, et elle fut vivement débattue. Un seul journal dentaire américain eut le courage de soutenir le Congrès de Paris depuis sa conception jusqu'au jour de la fermeture. Des représentants des sociétés dentaires françaises vinrent à Washington, et un d'eux, M. Paul Dubois, déposa des résolutions demandant à la section dentaire du Congrès médical international, d'adopter le Congrès de Paris. Il s'était malheureusement développé beaucoup d'opposition vis-à-vis de la section dentaire du Congrès Médical, qui venait d'être établie. Ces résolutions ne furent pas prises en considération.

Avec les plus grands efforts, le Comité de Paris, sous l'influence de cette rebuffade et de toutes sortes d'oppositions, mais ayant l'aide gouvernementale, travailla assidûment au succès du premier Congrès dentaire international.

Avec le temps, l'ardeur de l'opposition tomba un peu ; et au dernier moment avant l'ouverture du Congrès, deux journaux dentaires américains donnèrent avec quelque difficulté leur adhésion

au Congrès de 1889, alors que cela ne devait plus être d'aucune utilité. Finalement le Congrès se forma et plus de 500 membres étaient présents le jour de l'inauguration. Un grand enthousiasme régna de l'ouverture à la fin, et là s'effacèrent des préventions et des animosités de longue date qu'aucune autre assemblée n'aurait pu effacer. Le résultat pour l'avancement de la pratique de l'art dentaire en France a été d'une valeur incalculable. Les sociétés ont augmenté, les écoles ont prospéré, et les praticiens ont donné un élan aux études scientifiques qui commence seulement à porter ses fruits.

Une résolution fut déposée le dernier jour de l'Assemblée, résolution n'obligeant pas le comité à former un autre Congrès ; elle était ainsi conçue :

« Le vote du Congrès à sa dernière session, 6 septembre 1889, déclare que d'après les circonstances qui ont donné naissance au présent Congrès, il est désirable qu'un autre Congrès ait lieu aux Etats-Unis en 1893, pour l'Exposition Universelle. »

Cela fut adopté ; il n'y eut que trois voix dissidentes. On peut voir que cet enfant, quoique d'âge tendre, grandit peu à peu ; l'opposition l'alimentait, et il n'en manqua jamais.

A ce moment on sentit dans tous les cercles qu'un Congrès de dentistes était une chose assurée. Un peu plus tard, l'agitation survint au sujet du lieu où se tiendrait l'Exposition internationale, et quand Chicago eut acquis le vote du Congrès et le consentement du magistrat en chef, le Congrès Dentaire était un fait assuré, quoiqu'aucune organisation n'eût été effectuée ou projetée.

En février ou mars 1890, la Société Dentaire de l'Etat de New-Jersey fit un appel pour une réunion des dentistes intéressés à la formation d'un congrès dentaire à *Hoffman-House*, New-York. Beaucoup d'Etats répondirent à cet appel, et après complète discussion on décida de référer l'appel d'un Congrès Dentaire, aux Associations Dentaire Américaine et des Etats du Sud, à leurs prochaines réunions annuelles, qui devaient avoir lieu pendant l'été. En conséquence, les résolutions suivantes furent présentées par le Dr L. D. Carpenter à l'Association Dentaire du Sud, à sa réunion en juillet 1890 à Atlanta Georgia.

« Comme quoi ; il y aura une Exposition Universelle colombienne à Chicago en 1893 ; et

» Attendu que par ce fait les meilleurs produits de l'univers seront exposés, il est à espérer que beaucoup de citoyens de tous les pays seront réunis pour examiner ces produits ; et

» Attendu qu'il est à présumer que beaucoup de dentistes étrangers visiteront les Etats-Unis à cette date ; et

» Attendu que le moment de l'Exposition sera une occasion opportune pour une grande réunion de dentistes de tous pays ; et

» Attendu qu'il résulterait un grand avancement, dans la science et la pratique de la chirurgie dentaire et buccale, de la réunion des dentistes des Etats-Unis avec ceux des pays étrangers qui pourraient visiter notre pays à ce moment ; et

» Attendu qu'il est désirable que n'importe quelle réunion tenue à ce moment soit tenue sous les auspices de l'Association Dentaire Américaine et l'Association Dentaire du Sud, et organisée par un comité d'ensemble élu par elles ; il est donc

» *Résolu* : que le Président de cette Association nommera un comité analogue qui pourra être nommé à la prochaine réunion de l'Association Dentaire Américaine à ce sujet, et que ce comité réuni aura le pouvoir de remplir toutes vacances, et pourra s'adjoindre un, trois ou cinq membres supplémentaires, selon les cas, et quand ce comité sera ainsi complété et sera revêtu de tout pouvoir, de prendre telle action que par son jugement il trouvera meilleur, pour le projet de Congrès à Chicago en 1893, auquel on conviera les dentistes en renom de tout l'univers, et que toute action prise par ce comité sera finale et concluante. »

CONGRÈS DENTAIRE DE CHICAGO

Avis important.

Le Comité d'exposition du *Worl'ds Columbian Dental Congress* désire obtenir des rares spécimens de pièces pathologiques ou leurs moulages ; exposé de méthodes avec illustrations ; instruments et applications, anciens et modernes, montrant les progrès de la profession depuis son origine jusqu'à nos jours. Il désire aussi exposer une bibliothèque type, une salle d'opération et un laboratoire ; dans ce but, les membres du Comité prient avec instance tous les membres de la profession, ainsi que les fournisseurs pour dentistes et libraires, de leur prêter des spécimens quelconques, instruments, appareils, livres, photographies ou gravures de Sociétés et d'hommes éminents de tous pays, ainsi que tout ce qui peut intéresser les dentistes de n'importe quelle partie du monde. Le Comité paiera tous frais de transport de ces objets à Chicago et le retour, et les assurera pendant leur séjour à l'Exposition, si on le désire.

COMITÉ :

MM. Chas P. Pruyn, président, 70, Dearborn Street, Chicago.
Arthur E. Matterson, 3700, Cottage Grove Are, Chicago.
E. M. Fernandes, 36, Washington Street, Chicago.
M. L. Rhein, 104, E. Fifty-Eight St., New-York.
A. W. Mecandless, 1001, Masonic Temple, Chicago.
R. C. Young, Anniston, Ala.
James Chace, Ocala, Florida.
W. A. Campbell, Gold et Fulton Street-Brooklyn, New-York.

Adresser toutes communications au Dr A. W. MECANDLESS, secrétaire, 1001, Masonic Temple, Chicago Ill.

Notre ami, M. le Dr J. Bauer, de la Nouvelle-Orléans, est nommé premier secrétaire pour la langue française, et le Dr W. C. Wardlaw, quatrième secrétaire suppléant du Congrès dentaire de l'exposition de Chicago.

MM. Levett, professeur honoraire, et Barrié, professeur suppléant à l'Ecole Dentaire de Paris, ont été nommés délégués de l'Association générale des Dentistes de France au Congrès de Chicago.

LE CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Le Conseil supérieur de l'Instruction publique étant, de par la loi nouvelle, chargé de l'organisation des études et des examens à exiger des futurs dentistes, il nous paraît intéressant de donner à nos lecteurs quelques renseignements sur son organisation et son fonctionnement.

Le Conseil supérieur de l'Instruction publique a été organisé par la loi du 27 février 1880.

Il est composé de 58 membres nommés pour 4 ans dont :

5 membres de l'Institut élus par l'Institut ;

9 — nommés par le Président de la République et choisis parmi des catégories déterminées de fonctionnaires de l'enseignement public ;

40 membres directeurs ou professeurs des différentes Facultés ou Ecoles de l'enseignement supérieur, écoles spéciales, écoles de l'enseignement secondaire et primaire, élus dans des conditions déterminées par leurs collègues ;

4 membres de l'Enseignement libre nommés par le président de la République sur la proposition du ministre de l'Instruction publique.

Le Conseil comprend une section permanente qui est composée de 15 membres dont : les 9 membres nommés par le président de la République et 6 désignés par le ministre parmi ceux qui procèdent de l'élection.

La section permanente a pour fonctions : d'étudier les programmes et règlements avant qu'ils ne soient soumis à l'avis du Conseil supérieur.

Elle donne son avis sur toutes les questions d'études d'administration, de discipline ou de scolarité qui lui sont renvoyées par le ministre.

Le Conseil supérieur se réunit en général deux fois par an. Il peut être convoqué en session extraordinaire.

Actuellement sa prochaine séance aura probablement lieu vers le 20 juillet.

Le bureau du Conseil est :

Le ministre de l'Instruction publique, président ;

M. Berthelot, vice-président ;

M. Liard, secrétaire.

La commission permanente est ainsi composée :
M. Berthelot, professeur au collège de France ;
M. Bouchard, — à la Faculté de médecine de Paris ;
M. Bréal (Michel) — au collège de France ;
M. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris ;
M. Buffnoir, professeur à la Faculté de droit de Paris ;
M. Buisson, directeur de l'Enseignement primaire ;
M. Charpentier, professeur au lycée Louis-le-Grand ;
M. Drumel, doyen de la Faculté de droit de Lille ;
M. Gréard, vice-recteur de l'Académie de Paris ;
M. Jouet, professeur à la Faculté des lettres de Paris ;
M. Liard, directeur de l'Enseignement supérieur ;
M. Manuel, inspecteur de l'Enseignement secondaire ;
M. Mesnil (du), ancien directeur de l'Enseignement supérieur ;
M. Perrot, directeur de l'Ecole normale supérieure ;
M. Rabier, directeur de l'Enseignement secondaire.

C'est à cette commission permanente que sont actuellement soumis les projets d'organisation de l'enseignement de l'art dentaire. Mais le projet qui sortira de sa délibération devra être soumis à l'avis du Conseil tout entier réuni en Assemblée générale vers le 20 juillet.

Lorsque l'on considère les nombreuses branches de l'enseignement public qui se trouvent représentées à ce Conseil, et que l'on parcourt les divers article, de la loi qui l'a constitué, il semble qu'il ne serait ni impossible, ni déraisonnable d'obtenir la représentation au sein du Conseil supérieur de l'enseignement dentaire, au moins de l'enseignement libre.

Avis aux Administrateurs des deux Ecoles.

Ch. G.

LA PROFESSION DENTAIRE EN HONGRIE

Par M. Henry Salamon, Budapest.

Il y a deux classes de personnes qui exercent actuellement l'art dentaire en Hongrie :

1° Les docteurs en médecine, qui, ayant obtenu leur diplôme après de laborieuses études à l'Université, s'adonnent à la pratique de l'art dentaire ;

2° Les mécaniciens dentistes, qui après avoir travaillé pendant plusieurs années dans un atelier de dentiste, deviennent leurs maîtres et ouvrent un cabinet de dentiste.

Les droits du docteur ne sont restreints en aucune façon, naturellement ; il peut exercer sans contrôle et faire les opérations buccales à ses clients, quoique l'Etat ne lui demande aucune garantie de science dentaire.

Nous n'avons pas d'Ecoles dentaires comme en Amérique et en Angleterre, où on enseigne au candidat, non seulement la science dentaire, mais la mécanique. Depuis trois ou quatre ans un cours dentaire est ajouté à l'Université de Budapest.

Les docteurs le visitent à leur loisir pendant deux ou trois mois et y gagnent une vague idée d'extractions, obturations et de dentisterie opératoire. La mécanique dentaire y est poursuivie d'une manière tout à fait accessoire; c'est comme une occupation secondaire de l'assistant (docteur en médecine), et est traitée de temps en temps pendant quelques heures. Voici les préparations pour les exigences de la pratique dentaire; ainsi, sans examen spécial, le docteur en médecine devient un dentiste.

D'un autre côté l'instruction du mécanicien dentiste est défectueuse. Il travaille à côté d'un mécanicien accompli duquel il apprend l'emploi des outils, la fonte, l'affinage, l'alliage, et le travail des métaux et alliages employés dans l'art dentaire, les propriétés des substances employées pour les dents artificielles et pièces dentaires, à prendre les empreintes et poser les appareils dans la bouche. Mais il n'a ni l'occasion ni le droit d'acquérir la connaissance de la théorie; l'extraction et l'obturation des dents lui sont défendues.

On peut imaginer maintenant les conséquences désastreuses d'un tel état et d'une telle division du travail.

D'un côté un médecin avec son bagage de science théorique, sans adresse ni connaissances pratiques; de l'autre côté, un professionnel avec de larges vues et idées pratiques sans la base scientifique nécessaire.

Les connaissances scientifiques ne peuvent compenser le manque d'habileté dans la pratique, aussi dans l'art mécanique la connaissance pratique doit avoir pour base des principes scientifiques.

L'éducation professionnelle et la législation dentaire rationnelles devraient donner satisfaction aux deux nécessités : la base scientifique, l'esprit et l'adresse pratiques.

Quelle est la défectuosité de la législation dentaire? Il est facile de répondre : c'est de diviser l'art dentaire, qui dans sa totalité devrait être inséparable.

Notre loi actuelle dit au docteur en médecine: « Vous pouvez traiter les patients souffrant d'affections dentaires, » mais ne lui donne pas les connaissances spéciales suffisantes pour le faire.

D'un autre côté elle dit au mécanicien dentiste : « Vous pouvez prendre une empreinte de la bouche, faire des dents artificielles et pièces dentaires, les ajuster dans la bouche, mais il vous est interdit de faire une opération (savoir : une extraction, obturation, etc.).

Est-ce rationnel? Je crois inutile de prouver la nécessité de l'unité dans l'éducation de la profession dentaire. Je ne citerai qu'un témoin, M. Haris, dans l'Introduction au *Traité théorique et pratique de l'Art dentaire.*

Une telle législation ne peut qu'être nuisible aux patients et aux professionnels, ainsi qu'à la science dentaire elle-même.

Que faire alors? Cela n'est pas une matière qui ne regarde que les dentistes et n'affecte pas seulement les intérêts privés, mais elle importe au bien-être de l'humanité.

La controverse peut facilement se décider, ayant sous les yeux

les excellents exemples de l'Angleterre, de l'Amérique, et en dernier lieu de la France (avec la loi publiée le 1er décembre 1892).

Il faudrait instituer un collège dentaire en relation avec l'Université de Budapest, pour préparer des hommes capables de pratiquer la profession dentaire, dans son unité et totalité (savoir : la chirurgie dentaire opératoire et la mécanique dentaire).

La conséquence de notre législation actuelle est une jalousie constante, des vexations et des querelles entre les médecins et les dentistes.

Là deux partis se disputent, mais il n'y a pas de troisième pour s'en réjouir. Au contraire, le troisième, le bien public en souffre.

(*The British Journal of Dental Science.*)

THE DENTIST'S REGISTER DE 1893

Le nombre total des dentistes figurant actuellement dans le *Dentist's Register* est de 4.817. contre 4.896 pour 1892 ; cela montre une décroissance de 79, due probablement à l'inexactitude de la revision. Sur 4.817 dentistes enregistrés, il y a eu une proportion croissante de licenciés en chirurgie dentaire des différents collèges. Le tant pour cent de ces dentistes étant maintenant 25,43, contre 25,08 l'année dernière, de là une augmentation de 10,47 au Register pour 1881.

D'un autre côté, le tant pour cent des dentistes dont les noms ne portent aucune de ces qualifications a décru de 75 en 1892 à 73,49 en 1893. Une diminution sensible des 89,26 de 1881.

Le *Médical Student's Register*, montre un décroissement sensible dans le nombre de ceux qui se destinent à la profession. 734 étudiants en moins en 1892 qu'en 1891, le nombre total étant de 1871, ce chiffre est le plus bas de toutes les années depuis 1876.

Des informations complètes ont été fournies sur les divers examens du corps examinant élémentaire sur lequel les étudiants sont inscrits, et les diverses Ecoles dentaires dans lesquelles ils ont commencé leurs études professionnelles.

(*The British Journal of Dental Science.*)

PATHOLOGIE DENTAIRE ET BUCCALE

Par Maurice Roy.

I. De l'anesthésie mixte. — II. Du traitement des abcès rétro-pharyngiens. — III. Maladie de Riga.

I. — De l'anesthésie mixte

Le Dr Poitou-Duplessy, ancien médecin principal de la marine, consacre à l'anesthésie mixte par l'association du bromure d'éthyle un très intéressant article dans l'*Union médicale*. L'auteur est le

premier qui, en 1889, ait mis en pratique ce mode d'anesthésie indiqué en 1880 par Lucas Championnière et appliqué aussi par Kocher (de Berne), en 1890.

Dans l'anesthésie chloroformique, comme dans toute autre, les accidents peuvent survenir soit à la période de début, soit à la période d'excitation, soit à la période d'anesthésie confirmée. A la période de début, les accidents sont dus à l'action irritante des vapeurs de chloroforme sur les premières voies respiratoires qui détermine, par action réflexe, des troubles respiratoires ou cardiaques, surtout de ce dernier ordre, le chloroforme étant vaso-constricteur et amenant une dilatation rapide du cœur. A la seconde période, l'excitation bulbo-médullaire peut être portée à l'extrême, « les battements cardiaques s'exagèrent en devenant plus petits ; puis ils se ralentissent ; le cœur se dilate et s'arrête ».

Enfin, à la période d'anesthésie confirmée, la mort survient par syncope toxique ou paralytique. « Cet accident de la période ultime de l'anesthésie est toujours menaçant, quel que soit l'agent anesthésique employé, et peut-être peut-on dire que le chloroforme est un de ceux qui y exposent le moins.

» Par contre, beaucoup des accidents graves de l'anesthésie chloroformique se produisent surtout pendant les deux premières périodes. »

Pour ces dernières raisons, on a essayé d'associer divers agents au chloroforme pour combattre ces accidents ; morphine, chloral, cocaïne, etc.; l'auteur indique successivement les diverses associations qui ont été proposées et enfin en arrive au procédé qu'il préconise, bromure d'éthyle et chloroforme. Ce procédé, dit l'auteur, réalise les *desidérata* suivants :

« 1° Atténuation (comme par la cocaïnisation de François Franck) de la *sensibilité périphérique des muqueuses* laryngée, nasale et même bronchique ;

» 2° Atténuation (comme par l'atropo-morphine de Dastre et Morat) de l'excitabilité nerveuse centrale, avec diminution de la *réflectivité bulbo-médullaire.* »

Ces résultats découlent des propriétés du bromure d'éthyle. Ce produit, qui fut expérimenté par divers chirurgiens, ne tarda pas à être abandonné, un certain nombre d'accidents graves ayant été signalés à son actif. « On reconnut que, s'il avait l'avantage de produire l'anesthésie très rapidement et presque sans excitation, en revanche cette anesthésie était de courte durée et ne pouvait être prolongée sans danger, car le bromure d'éthyle amenait rapidement les accidents toxiques, l'apnée paralytique. Il fallut donc y renoncer pour les opérations devant avoir une certaine durée ; — les auristes, les laryngologistes, les rhinologistes, dont les opérations sont courtes, continuèrent à l'employer, lui trouvant l'avantage (grâce à son action vaso-dilatatrice et à la congestion de la face qu'il produit) de permettre l'anesthésie le malade étant assis, tandis que le chloroforme nécessite impérieusement la situation horizontale.

« Le bromure d'éthyle n'est point, comme le chloroforme, un agent caustique, irritant pour la peau et les muqueuses, il n'expose donc pas au danger de la syncope laryngo-réflexe ; son action sur les centres nerveux est plus rapide que celle de l'éther et du chloroforme ; la phase de paralysie des activités nerveuses est atteinte pour ainsi dire d'emblée, sans être précédée de la phase préalable d'exaltation ; c'est pour ce motif qu'il produit rapidement l'anesthésie, sans période d'excitation ou avec une excitation très courte.

» Ainsi, pour les deux premières périodes de l'anesthésie, supériorité incontestable sur le chloroforme ; par contre, infériorité très grande sur celui-ci, à la troisième période, celle de l'anesthésie confirmée, où il expose beaucoup plus, si l'anesthésie se prolonge, à l'*Apnée toxique*, précisément à cause de la rapidité de son action paralysante. »

Le bromure d'éthyle est vaso-dilatateur, son action est donc contraire à celle du chloroforme qui est vaso-constricteur, et il amène la turgescence de la face au lieu de la pâleur.

Ainsi donc, le bromure d'éthyle est excellent durant les deux premières périodes de l'anesthésie et mauvais à la troisième ; le chloroforme au contraire laisse à désirer pendant les deux premières périodes, et est très bon durant la période d'anesthésie confirmée, il était donc parfaitement rationnel d'associer ces deux produits en amenant l'anesthésie par le bromure d'éthyle et en l'entretenant à l'aide du chloroforme.

« On sera d'autant moins exposé aux accidents toxiques de la dernière période, que l'on n'aura eu besoin pour obtenir l'anesthésie que d'une quantité de chloroforme très réduite, ce qui a de plus l'avantage de rendre les vomissements post-opératoires moins fréquents.

» Dans cette association de deux anesthésiques, dont l'action sur les muqueuses d'absorption, sur le cœur, sur la pression sanguine, est absolument différente, nous pouvons dire :

» Les effets anesthésiques s'ajoutent, tandis que les effets toxiques se combattent. »

Quant au *modus faciendi*, le voici tel que l'indique l'auteur :

« 1. Verser sur le cornet ou la compresse que l'on emploie le bromure d'éthyle plus largement que le chloroforme, mais sans cependant rechercher une action trop rapide ; faire respirer pendant 2 à 5 minutes.

» 2. Dès que l'on voit que le malade commence à perdre (sans excitation) le sentiment des choses extérieures, en même temps que la face se congestionne un peu et que la pupille commence à se dilater, substituer le chloroforme, versé d'une façon méthodique (procédé dosimétrique).

» 3. On obtient assez vite l'anesthésie complète, quelquefois directement, quelquefois en traversant une phase d'excitation modérée et très courte.

» Dans certains cas (avec des alcooliques), où cette excitation paraîtrait un peu exagérée, on l'arrêterait en revenant momentanément et largement au bromure d'éthyle.

» Je l'ai constaté en anesthésiant des alcooliques invétérés.

» 4. Bientôt on a l'anesthésie confirmée (résolution musculaire, contraction pupillaire, abolition du réflexe oculo-palpébral); on l'entretiendra facilement avec une dose de chloroforme réduite au minimum. »

II. — DU TRAITEMENT DES ABCÈS RÉTRO-PHARYNGIENS

Le Dr Phocas, dans un article publié par la *Semaine Médicale*, préconise la voie cutanée de préférence à la voie buccale pour l'ouverture des abcès rétro-pharyngiens, considérant l'incision buccale comme un procédé difficile, dangereux et insuffisant.

Le Dr Branthomme, dans le même journal, défend la thèse contraire, s'appuyant en cela sur l'opinion de son maître Labric, le médecin honoraire de l'hôpital des Enfants malades. Pour lui, sauf des cas tout à fait exceptionnels, c'est l'ouverture buccale qui doit être préférée; quoique l'on en ait dit, cette opération est infiniment plus facile que l'incision cutanée, et tout aussi efficace; quant aux complications pouvant résulter de l'introduction du pus dans les voies respiratoires, cela est tout à fait exceptionnel par suite des mouvements réflexes de vomissements que provoque l'opération. M. Labric, dont l'expérience est grande en cette matière, n'a jamais observé aucune complication à la suite de l'ouverture de ces abcès.

III. — MALADIE DE RIGA

La *Gazzetta medica Lombardia* publie, d'après le docteur Pianesse, une note que reproduit l'*Union Médicale* sur la maladie de Riga ou aphte cachectique de Cardarelli. Cette affection, qui apparaît chez des enfants bien portants vers 3 ou 4 mois, est caractérisée par une néoformation sublinguale qui apparaît sur un des côtés du frein. « L'enfant prend alors une teinte jaunâtre et maigrit; le foie et la rate s'hypertrophient; la peau reste sèche, et il n'y a jamais de fièvre, malgré ces symptômes de cachexie qui conduisent peu à peu l'enfant jusqu'au tombeau. Cette maladie est contagieuse. On trouve à l'autopsie une légère hydrocéphalie sous-arachnoïdienne, des foyers bronchopneumoniques lobulaires, la dégénérescence amyloïde du foie et de la substance corticale des reins, et le grossissement de la rate.

» On a rencontré sur les sujets morts de cette cachexie et dans le lait des nourrices infectées un micro-organisme spécial que l'on n'a pas retrouvé cependant dans le sang des enfants malades. Il est vraisemblable que cette affection reconnaît pour cause la syphilis et peut-être bien aussi la tuberculose. »

LIVRES ET REVUES

BULLETINS ET ACTES DE LA SOCIÉTÉ DES DENTISTES DU SUD-OUEST[1]

C'est avec plaisir que nous enregistrons la seconde publication

1. Bordeaux, 1892. Imprimerie Ragot, rue de la Bourse

de la première et unique Société de dentistes pratiquant en dehors de Paris. On nous concèdera, qu'en parlant avec sympathie et bienveillance de la Société des dentistes du Sud-Ouest nous ne rendons pas les coups, et que nous ne sommes pas des adeptes de la maxime:

Œil pour œil, dent pour dent.

Nous avons imprimé tout au long le manifeste des porte-paroles de la province sur l'organisation de l'enseignement de notre profession, et le machiavélisme des dentistes parisiens a été dévoilé. On avouera que de notre part c'est de l'impartialité.

Oh! ces Girondins! Quels fédéralistes!

Eh bien, nous ne leur gardons pas rancune. Surtout en art dentaire, nous ne rêvons pas la dictature de la grande ville, nos accusateurs auraient pu s'en convaincre en s'informant de notre passé.

En 1887 mon ami Godon proposait une organisation des Sociétés provinciales. Il rêvait que le Sud-Ouest eût sa société, tout comme le Nord-Est. Imprévoyant! Il ne savait pas quelle botte le Sud-Ouest lui réservait.

Ce que j'avais vu en Amérique en 1887 et en Angleterre en 1889 m'avait démontré les avantages des congrès régionaux, et en 1890, j'ai proposé à la Société d'odontologie la création d'un Congrès dentaire national annuel, siégeant tour à tour dans l'une de nos grandes villes françaises.

On voudra bien convenir que ce ne sont pas là des projets de centralisateurs à outrance.

J'ai sollicité personnellement des dentistes bordelais, marseillais, lyonnais de nous seconder dans notre œuvre de progrès et de solidarité et cela sans succès jusqu'ici. J'ai essayé de leur montrer qu'ils seraient les premiers bénéficiaires de semblables réunions; que ces Congrès feraient l'éducation du public; qu'ils serviraient aux dentistes de la région, en les mettant à même de prendre contact avec leurs confrères de différentes parties de la France; que même la collaboration des dentistes parisiens leur serait profitable.

Cela a été peine perdue.

Il est vrai que l'inertie de nos confrères de province n'est pas seule cause de cet avortement, et que si les dentistes parisiens n'avaient pas cru de leur mission de s'affranchir violemment de certains tyrans, l'entreprise aurait probablement été menée à bien.

L'avenir, espérons-le, reprendra l'idée. Alors, nos séparatistes se convaincront que Paris n'a pas un rôle essentiellement néfaste.

J'ai été heureux, en lisant les comptes rendus des séances de la Société des dentistes du Sud-Ouest, de constater que leur groupement avait élevé le niveau de la discussion. Ce dernier recueil est bien écourté; il n'en renferme pas moins des communications cliniques intéressantes, et même des recherches originales. Un travail sur l'arsenic de M. Buchy s'appuie sur des expériences faites sur des grenouilles. Cela fait honneur à son auteur et à la Société où il

a été présenté. Dans sa phase actuelle, notre art a surtout besoin de faits nouveaux bien et dûment observés et contrôlés. Nous ne saurions trop féliciter les jeunes dentistes, quand ils s'engagent dans la recherche expérimentale.

Sera-t-il permis, pour finir, d'exprimer un vœu? Je vois dans ces comptes rendus des discussions sur l'utilité de la création, ou plutôt de l'extension d'un dispensaire à Bordeaux. Les uns voudraient installer une clinique où il serait fait tout ce qui concerne l'art, les autres qu'elle fût réduite à une seule opération, l'extraction des dents.

Eh bien, nous disons à nos confrères:

Faites le plus grand possible; les inconvénients de la grande clinique sont petits, les avantages considérables. Prenez position, et montrez que la meilleure organisation de l'enseignement est celle qui est faite par la corporation elle-même. Toute œuvre collective a ses difficultés, surtout aux périodes du début. Cela ne doit pas vous arrêter. Les questions de personnes, les jalousies professionnelles se dresseront devant vous. Avec un peu de patience on en a raison et elles s'évanouissent devant ceux qui servent l'intérêt général. Un centre d'enseignement clinique à Bordeaux le servira. Créez-le. Ces infâmes Parisiens vous applaudiront. P. D.

NÉCROLOGIE

M. Léon Donnat est mort le vendredi 30 mars 1893, subitement enlevé à 61 ans par une congestion cardiaque. Ses obsèques civiles ont eu lieu le lundi 3 avril au milieu d'une nombreuse affluence parmi laquelle on remarquait beaucoup d'hommes politiques ainsi que de nombreux représentants des diverses sociétés ou corporations dont il faisait partie ou auxquelles il avait rendu quelques services.

MM. Godon et Ronnet se sont chargés d'exprimer aux membres de la famille la part qu'ils prenaient, eux et leurs amis, à leur douleur.

Les dentistes ont, en effet, perdu en lui un défenseur convaincu. Il leur avait donné son appui en plusieurs circonstances.

Ayant entendu parler de l'Ecole dentaire de Paris comme d'une œuvre professionnelle, due à l'initiative privée, il avait désiré la connaître. Il était alors membre du Conseil municipal de Paris. Nous rappelons la visite qu'il vint faire à l'Ecole. Toute une matinée il assista à la clinique et aux travaux des élèves, d'autant plus intéressé qu'il avait beaucoup voyagé aux Etats-Unis et connaissait les écoles dentaires américaines.

C'est après cette visite que, satisfait de ce qu'il avait vu, il fit augmenter par le Conseil municipal de Paris la subvention accordée à l'Ecole par l'attribution de deux nouvelles bourses.

Les considérants insérés dans la délibération étaient des plus éloquents pour l'Ecole.

Le Conseil de direction reconnaissant lui avait offert la vice-présidence de la séance d'inauguration suivante, aux côtés du directeur de l'Enseignement supérieur M. Liard.

L'allocution qu'il prononça ce soir-là a sa place marquée dans les annales de l'Ecole.

Notre institution l'avait séduit par son organisation démocratique et son esprit indépendant de toute ingérence de l'Etat. — Elle répondait aux théories sur la libre initiative des citoyens du disciple de Le Play et d'Aug. Comte, de l'auteur de la *Politique expérimentale.*

Lorsque vint la question de réglementation et qu'il vit la majorité des membres de la Société abandonner les principes auxquels ils devaient le succès, Léon Donnat en fut vivement attristé. Des premiers, il adhéra à la *Ligue pour la défense de la liberté professionnelle* et son concours nous fut très précieux. Il n'épargna ni son temps ni ses démarches pour faire réussir nos efforts.

Il avait accepté la présidence d'une réunion publique qui devait avoir lieu peu de temps avant le vote de la loi par le Sénat et à laquelle de hautes personnalités avaient été intéressées. Malheureusement, une maladie qui le retint quelque temps chez lui fit échouer cette réunion.

Il n'en continuait pas moins à s'intéresser vivement à notre œuvre, persuadé, nous disait-il encore récemment, que les dentistes apprécieraient bientôt les inconvénients de la tutelle et de l'ingérence de l'Etat dans leurs affaires et reviendraient aux sages principes de liberté et d'indépendance qui ont fait le succès de nos institutions professionnelles. Aussi il nous conserva son concours, il continua à plaider près de nos gouvernants, en plusieurs circonstances, la cause des dentistes et de l'Ecole dentaire. Sa mort est une perte pour notre profession.

Nous envoyons à sa famille l'expression des vifs regrets qu'a causés à tous nos amis et à nous-même sa mort si inattendue. Ch. Godon.

NOUVELLES

SOUSCRIPTION POUR ÉLEVER UN MONUMENT AU Dr THOMAS

Nous rappelons à nos lecteurs qu'un comité s'est formé sous la présidence du docteur Péan, chirurgien des Hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, et de M. Em. Lecaudey, directeur honoraire de l'Ecole dentaire de Paris, pour élever un monument sur la tombe du docteur Thomas.

Nous pensons qu'en apportant son obole, chaque dentiste souscripteur paiera une dette de reconnaissance.

Les services rendus à la profession par le Dr Thomas sont trop éminents pour qu'on ait besoin d'y longuement insister.

Nous prions tous nos confrères qui voudront bien y contribuer d'adresser leurs souscriptions à M. Viau, trésorier du comité, 47, boulevard Haussmann, par un mandat sur la poste afin d'éviter les frais de recouvrement.

UNE NOUVELLE ÉCOLE DENTAIRE A PARIS

Nous apprenons l'ouverture d'une Ecole dentaire fondée par la Société des dentistes mécaniciens et opérateurs, dénommée : Ecole dentaire pour la préparation aux examens de l'Etat. Directeur D. Saladin. Directeur-adjoint Borcier. Secrétaire général Mugnier. Son siège social est rue Réaumur, n° 11.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Congrès de Besançon.

L'Association française pour l'avancement des sciences tiendra son congrès annuel à Besançon, du 3 au 10 août.

Le bureau de l'Association pour 1893 est présidé par M. Bouchard, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine. Le programme du Congrès comporte, outre les réunions, des excursions à Montbéliard, Belfort, Salins, des conférences au Théâtre, des visites aux musées, observatoires, fabriques, papeteries, salines, soudières, bains salins, etc.

XIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE A ROME (septembre et octobre 1893).

Exposition Internationale de Médecine et d'Hygiène. — A l'occasion du XIe Congrès International de Médecine qui, au mois de septembre prochain, réunira à Rome un grand nombre de savants et de praticiens en toutes les branches médicales, et d'hommes éminents qui s'intéressent aux applications des sciences sanitaires, au bien-être matériel et moral de l'humanité, il y aura une Exposition Internationale de Médecine et d'Hygiène. La ville de Rome a destiné à cet effet le palais des Beaux-Arts, situé rue Nationale, à peu de distance du siège du Congrès médical. L'Exposition sera ouverte du 15 septembre au 15 octobre, et pourra être prorogée. S'adresser, pour tous renseignements, à M. Marcel BAUDOUIN, 14, boulevard Saint-Germain, Paris.

Une commission a été nommée par l'*Association de la Presse Médicale* dans le but de présenter au rapporteur de la loi sur les patentes, à la Chambre des députés, les objections émises par l'unanimité des membres présents de l'Association contre l'aggravation proposée pour la patente des médecins. Cette commission se compose de MM. Chevallereau, de Ranse, Cézilly, Lereboullet et Marcel Baudouin.

ASSOCIATION MÉDICALE VÉLOCIPÉDIQUE

Il vient de se fonder à Paris un Club médical vélocipédique (C. M. V.), dont le but est de réunir les nombreux médecins qui pratiquent l'usage de la bicyclette, et de donner une sanction morale aux médecins de province qui se servent du vélo dans l'exercice de leur clientèle. Cette Société a élu pour président le Dr Bilhaut, 5, avenue de l'Opéra. Elle compte déjà de nombreux adhérents ; elle ne manquera pas de resserrer les liens de la confraternité entre les médecins amis de la pédale.

XXIIe Congrès de la Société allemande de chirurgie

Ce Congrès se tiendra à Berlin du 12 au 15 avril, sous la présidence du professeur König. Entre autres questions, le Congrès discutera les différents procédés de *narcose chirurgicale.*

La « Société Dentaire Berlinoise » est la dernière innovation des dentistes allemands. Le nouveau caractère de cette Société est une clause de protection légale, par laquelle la Société s'engage à aider les membres en faisant toucher leurs honoraires, et se charge de toute matière légale concernant les membres.

Un dentiste d'Athens, Georgia E. U, possède une curiosité sous forme d'huîtres supportant des dents artificielles. Les dents ont été perdues par quelqu'un à bord d'un navire, ou par un noyé. Les huîtres se sont formées autour des dents, et la formation est parfaite. Un bateau de draguage, près de Moreland City, trouva le coquillage avec les dents qui y étaient attachées. L'homme qui les trouva les vendit 20 dollars. L'Institut Smithsonian cherche à les acheter et en offre un bon prix. (*Dental Luminary.*)

L'hopital dentaire de Londres

Sur le rapport de son architecte le Conseil de direction de la grande école anglaise vient de décider la reconstruction des bâtiments qui la contiennent sur un nouvel emplacement.

Une somme d'un million est nécessaire et on a constitué un comité sous la présidence du duc de Cambridge afin de solliciter des souscriptions.

Les journaux professionnels anglais publient la liste des souscripteurs et on admire avec quelle générosité certains dentistes et une maison de fournitures ont répondu à l'appel.

A titre d'exemple nous faisons connaître les souscriptions suivantes :

MM. Ash et fils	12.500 fr.
Morton Small, directeur de l'Ecole	7.250
Coyler	6.250
A. Underwood	2.500
A. Gibbing	5.000
Un vieil étudiant	3.750
Rothschild	2.630
Le prince de Galles	26.250

A ce jour la souscription atteint 211.000 francs.

Un grand concert est organisé pour le 6 juin à Saint-James's Hall en faveur de la souscription ; les prix des places sont de 13 fr., 10 fr. et 6 fr. 50.

Nous félicitons nos confrères anglais de leur initiative et de leur générosité.

Ouvrages déposés au bureau du journal.

Pathologie et thérapeutique buccales et dentaires : la première partie : *Les maladies de parties molles de la bouche.* 76 pages en russe, avec gravures, par L. Chroustschoff, prix 6 fr.

Staphilorrhaphie, Uranoplastie et palais artificiels; 39 pages en russe avec gravures par L. Chroustschoff, prix 3 fr.

En vente chez Frièse, 20, rue de la Michodière, Paris.

VOL. 2. MAI 1893 N° 5

REVUE INTERNATIONALE
D'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

L'ENSEIGNEMENT DE L'ART DENTAIRE SOUS L'EMPIRE DE LA LOI DE 1892

Par M. P. DUBOIS,
Professeur à l'École dentaire de Paris.

ÉTUDES PRÉPARATOIRES. ÉTUDES MÉDICALES. ÉTUDES D'ART DENTAIRE. CONCLUSIONS

Puisque les sociétés professionnelles ont manqué à leur rôle en ne provoquant pas un débat public entre dentistes, sur le meilleur plan d'organisation de l'enseignement de notre art, il est heureux que cette *Revue* y ait suppléé.

Si le Conseil supérieur de l'Instruction publique n'est pas appelé trop tôt à prendre des décisions définitives, ce débat de presse n'aura pas été sans utilité.

Après mon ami M. Godon, je souhaiterais examiner les données du problème et la solution à lui donner. Dans cette étude, je ferai tous mes efforts pour envisager les conditions de la nouvelle organisation d'un point de vue objectif en prenant pour cadre le projet formulé par M. le professeur Lefort; ce projet inspiré des lois anglaises et allemandes, est, dans son ensemble, en accord avec la loi votée, ainsi qu'avec les faits résultant de l'état actuel de notre profession.

Comment dans la situation nouvelle créée par la loi de 1892, doit-on organiser l'enseignement de l'art dentaire de manière à ce que le dentiste français soit à la hauteur de sa tâche, à la hauteur de ses concurrents des autres pays? Telle est notre seule préoccupation.

Dans la période précédente nous ne relevions que de l'opinion de nos confrères. Nous avons maintenant des limites et des obligations déterminées par la loi elle-même. Les organi-

sateurs du nouvel enseignement devront être en accord avec le texte de la loi, et même avec les intentions du législateur. C'est là un facteur nouveau, qui nous impose une organisation assez différente de celle que nous avions créée sous l'empire de la liberté. Le législateur a voulu que désormais le dentiste offrît, non seulement la garantie d'un examen d'Etat, mais encore celle qui découle d'études faites selon un plan établi par les pouvoirs publics. Cela élimine la possibilité d'établissements libres donnant, sans contrôle gouvernemental, l'instruction complète aux jeunes dentistes.

Une autre conséquence découle de la loi de 1892. Non seulement le législateur a imposé qu'il y aurait règlement d'études, mais en nous accordant, sans que nous le demandions, la faculté de pratiquer l'anesthésie générale ainsi que certaines opérations buccales, il a, par cela même, indiqué que le programme d'études des dentistes actuels devait s'augmenter pour correspondre à l'extension de la pratique.

L'enseignement des dentistes doit donc être à la fois médical et dentaire, il ne peut être entrepris qu'après une préparation suffisante permettant de s'assimiler les matières d'enseignement supérieur faisant l'objet des connaissances professionnelles.

De par la succession des études nous aurons donc à considérer :

1° Etudes préparatoires ;

2° Etudes médicales ;

3° Etudes d'art dentaire proprement dit.

1° ÉTUDES PRÉPARATOIRES

Que doit-on exiger du futur dentiste en connaissances générales avant de commencer ses études professionnelles?

Les grades universitaires pouvant être réclamés sont :

1° L'un des baccalauréats ;

2° Le certificat d'études qu'on exigeait des aspirants à l'officiat, et qu'on demande actuellement pour devenir pharmacien de 2e classe ;

3° Le certificat d'études primaires.

Les baccalauréats ès-lettres et ès-sciences restreint exigés des aspirants au titre de docteur en médecine sont évidemment trop élevés pour les élèves dentistes. Leur nécessité est contestée pour les études du doctorat, à plus forte raison pour les études de chirurgie dentaire. Il est probable qu'ils ne seront pas proposés, car ils sont en quelque sorte hors cadre, hors de proportion avec les études qui suivront.

Il n'en est pas de même du certificat d'études exigé des aspirants au diplôme d'officier de santé et de pharmacien de deuxième classe. Les langues mortes y sont facultatives, en langue vivante on demande de faire une version de vingt lignes (en s'aidant d'un dictionnaire), la composition de langue française porte sur un sujet simple ; la partie scientifique est, dans les limites fixées, une préparation indispensable à l'étude des faits complexes que l'étudiant et le praticien auront à interpréter. Il nous semble difficile d'exiger un autre examen préliminaire.

Si le baccalauréat est trop élevé, le certificat d'études primaires est en l'espèce absolument insuffisant ; entre lui et les études médicales la chaîne serait interrompue et les étudiants n'auraient, que tardivement ou mal l'intelligence des phénomènes biologiques qu'ils ont à connaître.

2° ÉTUDES MÉDICALES

Nous l'avons dit, le texte, l'esprit de la loi exigent des études médicales, mais des études médicales restreintes, car en repoussant l'assimilation pure et simple de l'art dentaire à l'art médical, le législateur a par cela même indiqué que le dentiste n'avait pas besoin de pousser aussi loin que le médecin la connaissance du corps humain.

A quoi doivent-elles se réduire? Où doivent-elles être données ?

Durée des études médicales. — Deux années nous semblent nécessaires. La première consacrée plus spécialement à l'anatomie et à la physiologie, la seconde à la pathologie interne et externe. En une année, l'étudiant n'aurait qu'une connaissance superficielle du corps humain, des rapports de la pathologie générale avec la pathologie spéciale.

Si une année nous semble insuffisante, trois nous paraîtraient dépasser le but. Il ne faut pas oublier que le jeune dentiste a à apprendre une thérapeutique, un manuel opératoire, une technique spéciales, qui ne peuvent être réduites. Si la durée totale des études comprenait cinq années, nous estimons que l'augmentation devrait porter sur la partie spéciale, et non sur la partie médicale. Il ne s'agit pas de faire des pseudo-médecins tentés de faire, ce que jusqu'ici on n'a guère reproché aux dentistes : de la pratique médicale illégale, mais des dentistes compétents sur toutes les parties de leur art.

Du reste, une commission de la Faculté de médecine s'est déjà prononcée en ce sens en 1882, par l'organe de M. le professeur Lefort :

« 3° Suivre pendant deux années auprès d'une faculté ou
» d'une école de médecine, les cours d'anatomie, de physio-
» logie, de pathologie interne et externe. Remplir pendant les
» deux derniers semestres les fonctions de stagiaire dans un
» service de chirurgie. » (*Rapport Lefort*, p. 17.)

Les exemples tirés de l'étranger concordent avec ce programme. En Angleterre, le règlement exige deux années d'études médicales. En Allemagne également. En Amérique, les écoles donnent concurremment les études médicales et les études dentaires, mais les premières n'y existent pour ainsi dire pas. Les écoles dentaires américaines pouvaient servir de modèle pour une préparation à une pratique exclusivement dentaire, mais non pour celle que la loi de 1892 a instituée.

Pour toutes ces raisons la durée de deux années d'études médicales nous semble une conséquence forcée de la loi.

Où doivent se donner les études médicales? — Deux systèmes sont en présence : 1° études dans une école spéciale ; 2° études à la faculté.

L'étude dans une école spéciale est évidemment la solution idéale, elle a été défendue ici même par M. Godon. M. Magitot après avoir erré dans bien des directions diverses s'y rallie.

L'adhésion tardive de l'adversaire des écoles dentaires libres est une évolution caractéristique, qui montre toute l'étendue du chemin fait dans la direction indiquée par la création de l'Ecole dentaire de Paris en 1881. Nous ne pouvons qu'y applaudir.

En scrutant attentivement les conditions d'existence des écoles dentaires spéciales dans le nouvel état de choses, on est pourtant conduit à formuler quelques réserves sur leur capacité de faire de toutes pièces le chirurgien-dentiste. Ces réserves ne comprennent qu'une certaine partie des études médicales : *La dissection, le stage à l'hôpital.*

Il n'y a pas d'études médicales réelles sans l'examen anatomique direct, sans le spectacle de la maladie et de la mort. Nous avons toujours regretté que les écoles dentaires libres n'aient pu, dans le passé, avoir un arrangement avec la Faculté et l'Assistance publique, pour obtenir d'elles que les étudiants dentistes aient accès régulier aux salles de dissection et aux salles d'hôpital. La situation nouvelle fait tomber tous les obstacles, et à nos yeux, exercices de dissection et stage à l'hôpital doivent devenir obligatoires.

Il semble très difficile, pour ne pas dire plus, d'organiser

des services de dissection en dehors des laboratoires de la Faculté. La pénurie de sujets ne permettrait guère de distraire les viscères, les têtes que les étudiants dentistes doivent disséquer. Qu'on organise à des tables et à des heures particulières des démonstrations et des exercices d'anatomie pratiques pour les étudiants en chirurgie dentaire, c'est là tout le nécessaire. Certes, il n'y aurait pas *impossibilité absolue* de faire de la dissection en dehors de l'Ecole pratique mais le stage à l'hôpital et le concours de l'Assistance publique sont obligatoires. L'assistance ainsi que l'opération dans une clinique spéciale, sont insuffisantes pour former l'esprit de praticiens tels que nous les comprenons, — quand même dans cette clinique spéciale on ferait des opérations de chirurgie buccale, névrotomie, résection des maxillaires. — Il faut que le dentiste ait vu des cas de pathologie générale et les salles de médecine doivent être fréquentées par nos étudiants, non seulement à cause de l'intérêt des observations des manifestations buccales de certaines maladies : tuberculose, diabète, albuminurie, pyrexies, mais encore à titre d'instruction générale. Le projet Lefort nous semble à suivre encore sur ce point.

Pour les autres parties des sciences médicales devant être étudiées par les dentistes, l'enseignement dans les services de la Faculté sera moins bien adapté que celui donné dans une école spéciale. On connaît l'insuffisance actuelle des laboratoires d'exercices pratiques pour la première année de doctorat. Que serait-ce pour des dentistes qui, en chimie, doivent surtout faire de la chimie inorganique et qui n'ont besoin que de quelques éléments physique médicale ?

Le travail dans les laboratoires d'histologie et de bactériologie leur serait plus profitable, mais là encore on fera mieux et plus pratiquement dans une école spéciale.

Quant aux cours théoriques des écoles de médecine, ils ne cadrent nullement avec le plan d'études pour le diplôme spécial, et si la Faculté voulait retenir cette partie de l'enseignement, elle serait obligée de créer un corps de professeurs, un programme, tout un enseignement théorique spécial. Pour des raisons d'unité enseignante, de simplification administrative, d'économie budgétaire, il est probable que son conseil déclinera la charge. Qui ne voit les inconvénients d'une juxta position de notre enseignement spécial sur celui donné aux médecins.

Tout à l'heure nous montrerons les impossibilités de l'enseignement de l'anatomie, de la pathologie et de la thérapeutique dentaires dans et par la Faculté. Quoique à un moindre degré,

ces impossibilités existent pour l'enseignement des notions d'anatomie et de pathologie générales que les futurs dentistes devront connaître.

3° ÉTUDES D'ART DENTAIRE

Il y a quelques années deux systèmes auraient eu des partisan :

1° L'enseignement à la Faculté de médecine ;

2° L'enseignement dans une école spéciale.

Il n'en est plus ainsi. Dans tous les articles publiés sur la question, l'enseignement à la Faculté et à l'hôpital est abandonné. Le président de la Société de Stomatologie montre les impossibilités pratiques de cette solution, nous ne la jugeons pas plus favorablement que lui. Il se peut pourtant qu'elle ait des défenseurs et nous nous voyons dans l'obligation d'ajouter à ses critiques.

Nous voudrions établir que les études d'art dentaire, cours oraux, cliniques et techniques, ne cadrent nullement avec l'enseignement des facultés de médecine.

M. Magitot parle des difficultés du recrutement du personnel, nous disons en plus : que les matières de cours, que les locaux, que la direction pédagogique ne peuvent être communs aux étudiants en médecine et aux étudiants en chirurgie dentaire.

L'enseignement de la médecine s'est constitué avec le temps en un tout homogène, ayant son personnel enseignant recruté d'une manière uniforme pour toutes les facultés françaises. Lui greffer l'enseignement de l'art dentaire, c'est nuire aux deux ordres de connaissances.

La spécialisation s'est faite dans la pratique par la force des choses, la loi vient de la consacrer, une organisation séparée de l'enseignement en résulte. Jusqu'ici les facultés de médecine, même la mieux dotée, celle de Paris, n'ont fait qu'une place restreinte aux spécialités médicales : la gynécologie, la laryngologie, l'otologie, l'orthopédie, l'hydrologie, l'électricité médicale, et elles trouveraient le moyen de créer des cours d'odontologie. Nous disons des cours. Il y a vingt ans, on aurait pu à la rigueur enseigner l'odontologie dans une seule chaire. Ce serait désormais insuffisant. Ce qui a été fait par les écoles libres, ce qui existe à l'étranger nous rend plus exigeants. On ne peut fondre en un seul cours, l'anatomie, la pathologie et la thérapeutique dentaires, quand, à l'Ecole dentaire de Paris par exemple, elles ont trois titulaires distincts. L'Etat ferait moins bien que l'initiative privée et cela, au jour

où on demande aux dentistes des connaissances plus étendues. C'est impossible.

Nous n'avons parlé jusqu'ici que de l'enseignement théorique ; si l'on examine les conditions de l'enseignement clinique et technique, les difficultés augmentent.

A l'hôpital, en matière de traitement des dents, on ne peut faire que du traitement d'urgence ; extractions, pansements. Quant aux aurifications et même aux obturations à l'aide de subtances plastiques, elles s'y exécutent dans les plus défavorables conditions. Cela tient à l'insuffisance ou à la mauvaise installation du matériel opératoire, à la dissémination du personnel enseignant dans dix ou douze cliniques.

Quand l'Assistance publique a organisé des services dentaires dans les hôpitaux, cela a fait naître de grandes espérances. Certains ont espéré y constituer, avec les ressources de la consultation externe, un enseignement clinique de valeur. Plusieurs années de fonctionnement ont prouvé que c'était une illusion. Les étudiants dentistes ne suivent pas ces cliniques. Pourquoi ? parce qu'on n'y fait pas ce qu'ils auront à faire dans leurs cabinets. Actuellement il n'existe aucun service d'hôpital où l'on fasse du traitement dentaire proprement dit de l'orthopédie, de la restauration faciale. Qu'on demande aux chirurgiens si on peut obtenir des dentistes des hôpitaux de faire les appareils pour les fractures du maxillaire, et on sera édifié à cet égard. Il n'est pas impossible d'organiser dans un des locaux de l'Assistance publique, l'enseignement clinique et technique de l'art dentaire, mais cela ne peut se faire que par la concentration dans une clinique spéciale installée en conséquence. Cela coûterait cher. Les frais de premier établissement de l'Ecole de Genève ont été de 38.700 francs (chiffre inséré au budget cantonnal) et cette école n'a jamais eu plus d'une dizaine d'élèves opérateurs. L'Ecole dentaire de Paris a dépensé pour le même objet 100.000 francs au moins. Dans les mains de l'Etat ce chiffre serait vite dépassé ; surtout si l'on voulait joindre à la clinique l'enseignement de la prothèse. Il nous semble impossible de demander l'inscription au budget de 1894, de 100.000 francs pour l'installation d'une clinique dentaire spéciale à Paris.

Avec le système des écoles spéciales aux mains de la corporation, l'Etat n'ayant qu'un rôle de surveillant et de contrôleur, on peut négliger l'organisation d'écoles dans les Facultés provinciales. Il n'en est plus de même si on demande des sacrifices aux contribuables. Alors l'organisation d'une Ecole dentaire dans chacune des six Facultés de médecine s'impose. Nous restons au-dessous de la vérité en évaluant à

500.000 francs le chiffre total des dépenses d'installation.

Nous affirmons qu'avec cette somme on ne ferait rien d'équivalent à ce qui existe en Angleterre [1] et en Amérique, à ce que Paris possédait par l'initiative privée.

Non seulement l'enseignement oral, clinique et technique doit être donné dans des écoles spéciales, mais encore ces écoles doivent être dirigées et administrées par les dentistes.

Est-il possible de laisser à l'initiative privée le soin de préparer les futurs dentistes au diplôme exigé par la loi ? C'est le dernier point que nous avons à examiner.

La loi sur l'enseignement supérieur a donné la liberté de l'enseignement de la médecine, elle permet donc l'enseignement libre de l'art dentaire. Cette liberté, très peu peuvent s'en servir. Malgré les immenses ressources du parti catholique, il a toujours reculé devant l'établissement d'une faculté à lui à Paris. Cet exemple montre qu'en ces matières l'Etat peut tuer toute concurrence. Il a des raisons majeures d'enseigner la médecine, il n'en a pas d'enseigner l'art dentaire. Il ne suffit donc pas de reconnaître le droit de créer des écoles dentaires libres, mais il faut en plus leur rendre l'existence possible en décidant :

Qu'à moins d'impuissance prouvée par l'expérience, on laissera le champ libre à l'initiative privée, tout en contrôlant et surveillant ses conditions de fonctionnement.

Les écoles dentaires fondées et gérées par les dentistes peuvent satisfaire à tous les besoins si les étudiants ont accès aux cours d'anatomie pratique et aux salles et cliniques des hôpitaux.

Le patronage des sommités scientifiques françaises, le langage tenu par l'éminent doyen de la Faculté de médecine, parlant au nom du Gouvernement devant la Chambre montrent péremptoirement que les écoles parisiennes ne sont pas ce qu'en dit un dentiste académicien. Les faits parlent d'eux-mêmes ; il est superflu d'établir ici leur valeur enseignante et professionnelle. Ceux qui parlent en leur nom ont répondu à M. Magitot. Nous n'ajouterons rien à leurs dires autorisés [2].

Les imperfections des écoles parisiennes peuvent facilement disparaître par le temps, par la surveillance des pouvoirs publics, par l'action de l'opinion professionnelle.

Qu'on laisse tout entière la liberté d'enseignement, sans donner un monopole à une ou deux institutions, et toutes les

---

1. Actuellement les dentistes anglais, ont pris l'initiative d'une souscription pour rebâtir le Dental Hospital de Londres. Ils ont recueilli près de 300.000 francs, ils demandent un million.

2. Voir, réponse de M. Poinsot, *Gaz. Hebdom.*, 29 avril. Réponse de M. Damain, *Revue Odontologique*, avril 1893.

difficultés s'aplaniront. Le rôle du gouvernement est de faciliter la création d'autres écoles à Paris et en province. Que par un règlement d'administration publique, il décide du minimum de cours, du grade des professeurs, qu'il demande aux fondateurs d'établir devant l'administration universitaire leur compétence et leur honorabilité, — en accordant l'appel devant le Conseil supérieur de l'Instruction publique ; — qu'il surveille le fonctionnement des écoles et les institutions s'adapteront aux programmes imposés.

Si la Société de Stomatologie pense que les études dentaires sont actuellement mauvaises, il lui sera possible de faire mieux. De même pour tout autre groupe professionnel.

Quels sont les inconvénients de cette solution libérale ? L'abaissement des études.

Les études seront ce que les examinateurs voudront qu'elles soient. Tels examens, telles études.

Que les conditions de stage ne soient pas respectées ? C'est là affaire de surveillance administrative, et il n'est guère à craindre que le directeur et le conseil d'une école encourent un blâme et les mesures disciplinaires qu'on pourrait leur infliger.

Lors de la promulgation du Dentist's Act, en 1878, il existait à Londres deux écoles dentaires. Certains dentistes ont pensé qu'il y avait mieux à faire, ils ont obtenu la coopération de l'administration de l'hôpital Guy et ont fondé en 1885 *The Guy's Dental School*. Cet exemple est décisif. Il importe donc au plus haut point de réserver l'avenir, en ne créant aucun monopole, en faisant un cadre assez large où toutes les bonnes volontés pourront prendre place. L'autorisation d'enseigner l'art dentaire ne doit pas être refusée si l'on donne des preuves de compétence et d'honorabilité.

On reconnaît assez généralement que, pour Paris, l'initiative privée assure les besoins ; mais on objecte qu'il n'en est plus ainsi pour la province, où les écoles non gouvernementales manqueraient de ressources financières, de personnel enseignant. Les commencements des écoles provinciales pourraient être assez difficiles, leur installation sommaire. Elles n'en arriveront pas moins à se développer et être avant peu à la hauteur des besoins à satisfaire. Si l'Etat est condamné à des installations coûteuses, s'il lui est difficile de demander des dons de matériel, des concours gratuits, il n'en est pas de même des membres de la corporation qui feront certainement des sacrifices pour doter leur ville et leur région d'un centre d'instruction et de groupement professionnels, pour s'affranchir d'envoyer leurs enfauts et leurs élèves au loin. Dans les mains des dentistes, de par

l'exonération du loyer, de par la subvention de la municipalité, pour le service d'assistance dentaire donné aux indigents, — il est possible de commencer une installation de clinique avec une dizaine de mille francs et un budget annuel de 6 à 10,000 francs. Les frais de premier établissement peuvent être couverts par des dons, ou même par une souscription en stipulant un remboursement à long terme, avec intérêt minime.

Pour un budget de 6 à 10.000 francs, une vingtaine d'inscription suffisent (c'est-à-dire dix élèves ayant une scolarité de deux années).

Avec un budget aussi faible, il serait difficile d'assurer beaucoup plus que le service de la clinique ; il s'ensuivrait que l'enseignement théorique et les laboratoires ne seraient que point ou mal dotés. Dans cette hypothèse, les cours et les laboratoires de la faculté seraient mis à contribution. Ce qui est une grande complication à la faculté de Paris est relativement simple à Bordeaux et à Nancy.

Que dans une des grandes villes possédant une faculté de médecine, les dentistes et la municipalité tiennent à honneur d'organiser une école dentaire ; l'exemple portera : Lyon, Bordeaux, Lille, peuvent bien faire ce qu'a fait Genève. Ces écoles auraient bien vite un plus grand nombre d'élèves que l'école génevoise.

On ferait ainsi de la décentralisation par la liberté.

Quel est l'homme chargé des intérêts du pays, qui n'entrevoit les plus heureuses conséquences de ce mouvement? Nous nous permettons de le signaler á l'auteur de *Universités et Facultés*, au défenseur du projet de loi sur les universités régionales.

Au lieu d'une organisation uniforme dans toutes les facultés, on aurait, selon l'esprit d'initiative des intéressés, des écoles plus ou moins larges. On se placerait ainsi dans la situation des Etats-Unis, où les écoles de Philadelphie, de New-York, de Baltimore et de Chicago se font concurrence, en essayant d'attirer chez elles les étudiants nationaux et étrangers.

On peut tenir pour avéré, qu'en matière d'enseignement de l'art dentaire, il n'est pas nécessaire que l'Etat se substitue à l'initiative des citoyens. Qu'il surveille, qu'il contrôle. Cela suffit.

Dans la période préparatoire au vote de la loi de 1892, cette grave question de l'enseignement a été abordée par les hauts fonctionnaires du ministère de l'Instruction Publique : MM. Liard et Brouardel, elle a été résolue dans le sens de la liberté, car M. Brouardel parlant au nom du gouvernement, devant la

Chambre des députés, reconnaissait les services que les écoles dentaires libres ont rendus, les services qu'elles peuvent rendre, en les termes suivants :

Il y a pour l'exercice de cette profession toute une éducation particulière à faire. Elle a été tentée surtout par deux écoles dentaires de Paris qui nous ont montré comment on devait considérer l'enseignement de l'art dentaire.

. . . .

Il y a là une organisation très simple à constituer et à organiser : nous en avons les éléments dans les écoles libres dentaires; je crois qu'il serait sage de continuer et de prendre exemple sur l'initiative privée. (Applaudissements.)

Cet engagement sera respecté, nous en sommes convaincus.

Le gouvernement de la République française ne peut dire à ces quelques centaines de citoyens qui se sont groupés autour de l'Association générale des dentistes de France et de l'Association de l'Ecole Odontotechnique :

Rentrez chez vous. L'avancement de votre art, j'en fais désormais mon affaire. C'est moi qui déciderai si l'on doit ou non augmenter le nombre de cours pratiques. Gardez vos contributions volontaires; à l'avenir le budget pourvoira aux services que vous assuriez.

La création d'écoles dentaires libres est une conséquence du mouvement corporatif dont la République a facilité l'éclosion. Conséquence heureuse, non seulement pour la profession mais encore pour le pays.

Les associations de métiers n'ont pas de but plus noble que la diffusion de la science, que l'élévation du niveau professionnel. C'est à elles qu'incombe le devoir d'assurer le progrès dans la pratique et dans l'enseignement. Elles y ont intérêt ; elles n'y failliront pas, si l'on n'arrache pas ce que la liberté a fait germer.

En réglementant la profession de dentiste, on a voulu donner des garanties au public qui nous demande des soins. En surveillant le fonctionnement, les conditions de scolarité et d'enseignement des écoles dentaires existantes et de celles qui pourront se créer, on augmentera ces garanties. Il n'est pas nécessaire d'aller plus loin. Notre corporation est assez nombreuse, assez puissante, elle a assez de ressources intellectuelles et financières pour assurer aux écoles dentaires qu'elle soutiendra une vitalité, un développement égal à leurs similaires étrangères. Qu'on la laisse faire. Nous considérerions comme un désastre qu'il soit dit comme conclusion de cette longue lutte :

En France et sous la République les entreprises de la liberté sont rapidement caduques. L'Administration suffit à tout.

CONCLUSIONS

DURÉE DES ÉTUDES

Etudes médicales, deux années.
Etudes dentaires, deux années.

PLAN D'ÉTUDES

ÉTUDES PRÉPARATOIRES

Certificat exigé des aspirants à l'officiat.

ÉTUDES MÉDICALES

Disséquer pendant deux semestres.

Suivre un cours pratique d'histologie et de bactériologie dans leurs rapports avec l'étude des tissus dentaires.

Faire un stage pendant deux semestres dans un service d'hôpital.

Suivre à la Faculté, ou dans une école dentaire, les cours d'anatomie, de physiologie, de pathologie et de thérapeutique.

ÉTUDES DENTAIRES

Suivre pendant deux années les cours théoriques et pratiques d'une école dentaire légalement. L'étudiant devra en plus justifier d'un stage de deux années chez un dentiste. Le stage pourra se faire concuremment avec les études médicales. Il aura pour sanction un examen pratique de prothèse subi au début des études dentaires.

EXAMENS

Ils peuvent se passer dans toutes les villes possédant une Faculté de médecine et une Ecole dentaire constituée.

1. *Epreuves sur les matières médicales ;*

a) Deux épreuves: Une épreuve orale subie à la fin des deux années d'études médicales ; elle porte sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie générales et régionales. Trois questions sont posées au candidat ;

b) Une épreuve clinique et d'anesthésie subie à la fin des quatre années d'études (médicales et dentaires). Le candidat devra examiner un malade, poser les indications et contre-indications de l'anesthésie et la pratiquer s'il y a lieu.

2. *Epreuves sur les matières d'art dentaire* ;

Elles sont subies à la fin de chaque année d'études ;

Au début de la première année.

Examen de validation de stage. Epreuve de prothèse subie au laboratoire d'une écoles dentaire.

A la fin de la première année :

a) Epreuves orales sur l'anatomie et la physiologie dentaires et parties associées ;

b) L'histologie dentaire ;

c) La prothèse dentaire ;

Epreuves pratiques :

a) Extractions et obturations non compliquées avec interrogations sur la partie clinique ;

b) Confection et pose d'un appareil de prothèse.

A la fin de la deuxième année : Epreuve orale ;

a) Sur la pathologie dentaire et buccale ;

b) Sur la thérapeutique spéciale et la matière médicale dans ses applications à l'art dentaire.

Epreuves pratiques :

a) Extraction difficile avec ou sans anesthésie ;

b) Traitement de deux cas : carie compliquée, affection de la bouche ou des maxillaires ;

c) Quatre obturations diverses un amalgame, un ciment, une aurification à l'or mou et une à l'or adhésif.

d) Confection et pose d'un appareil de prothèse compliquée, restauration faciale ou des maxillaires, ou traitement d'un cas de redressement avec justification et exposé des moyens employés.

Le candidat ayant passé avec succès les épreuves énoncées ci-dessus est autorisé à subir l'examen de clinique et d'anesthésie.

JURYS D'EXAMENS

Les épreuves médicales sont subies devant un jury composé d'un professeur de faculté, président, d'un agrégé et d'un dentiste nommés par le ministre de l'Instruction publique.

Les épreuves dentaires sont subies devant un jury composé de trois jurés titulaires et deux jurés suppléants nommés par le ministre de l'Instruction publique.

Les jurés titulaires sont :

Un agrégé président, deux dentistes appartenant au corps enseignant des écoles autorisées :

Les jurés suppléants sont soumis aux mêmes conditions de nomination. Ils ont voix consultative. Ils peuvent recevoir une délégation pour faire passer certaines épreuves.

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Les dentistes exerçant en vertu des dispositions transitoires obtiendront le diplôme de chirurgien-dentiste en subissant l'épreuve orale et l'épreuve clinique (études médicales).

Ceux d'entre eux qui ont obtenu avant le 1er novembre 1893 le diplôme d'une des deux écoles reconnues d'utilité publique ou qui appartiennent ou ont appartenu à leur corps enseignant ne subiront que l'épreuve clinique [1].

---

1. En Angleterre on a dispensé les praticiens exerçant en vertu de dispositions transitoires de certaines épreuves, s'ils voulaient se présenter pour obtenir le diplôme de licencié en chirurgie dentaire. Le *Dentist's Act* est de 1878, la période de transition n'a pris fin que 13 ans après, le 12 juillet 1891.

Depuis cette dernière date seulement les dispenses de scolarité et de partie des examens sont supprimées. Ces facilités s'imposent si l'on veut que la loi entre rapidement dans les mœurs. L'exemple de l'Angleterre est concluant à cet égard après vingt-cinq ans d'existence le *Dentist's Act* n'a que peu modifié la composition du personnel professionnel et le *Dentist's Register* de 1893 donne les chiffres officiels suivants :

Dentistes ayant obtenu le diplôme d'Etat, 25,49 0/0, dentistes exerçant encore en vertu des dispositions transitoires 73,49 0/0.

INSTALLATION AUTONOME ET ÉLECTRIQUE POUR LES BRASURES ET SOUDURES A L'USAGE DES DENTISTES

Par Jules FOULON.

AVANT-PROPOS

L'installation qu'aujourd'hui nous avons l'honneur de présenter à la profession, n'est pas. à proprement parler, une invention ; il s'en faut du tout au tout.

Notre rôle comme inventeur est absolument nul, la seule chose que nous puissions revendiquer est l'idée de coordination des différentes parties de l'installation que nous décrirons plus loin.

Critique. — Je ne ferai aucun historique de la question, chacun la connaissant.

Je me contenterai de rappeler ici combien il est peu récréatif et combien fatiguant de souffler dans le petit tube, — nullement champêtre, — qui a nom chalumeau.

D'un autre côté, la flamme fournie par les chalumeaux aërhydriques ou oxydriques est loin de répondre à tous les désirs du dentiste.

Enfin, une raison majeure est que les localités pourvues de dentistes ne le sont pas toutes d'une usine à gaz.

Nous en étions à nos réflexions lorsque, par le plus heureux des hasards, un prospectus de la maison S. Gillet nous tomba sous la main.

Nous eûmes le plaisir de constater que d'autres que nous avaient eu la même idée et en avaient fait heureusement l'application. Nous nous procurâmes donc un carburateur Paquelin, système Gillet, avec ses accessoires et nous n'eûmes qu'à nous louer de cette acquisition.

Quelque temps auparavant nous avions pensé faire construire un carburateur de notre invention, y adapter une soufflerie et un chalumeau Fletcher, nous y avons renoncé ayant trouvé en d'autres maisons les différents organes de notre installation et cela à notre grande satisfaction.

La soufflerie. — La seule chose qui ne fût pas à notre convenance dans l'appareil Gillet était la soufflerie, laquelle se composait d'une simple poire et d'un réservoir en caoutchouc.

Cette poire devait être actionnée à la main ce qui n'était pas pratique pour nous, ou au pied ce qui amenait une prompte détérioration de l'instrument.

Un moment nous avons eu la pensée d'y substituer une soufflerie Fletcher, mais sa délicatesse nous a détourné de cette acquisition.

Après mûre réflexion, nous nous sommes décidés pour l'acquisition de la soufflerie n° 8 de 0^m 15^c de diamètre de M. Ernest Enfer. Cette soufflerie est du prix de 30 francs.

Avec elle pas de mouvements précipités du pied ou de la jambe.

Comme sa capacité est bien plus que suffisante pour alimenter le carburateur Gillet, le simple poids de la jambe est tout ce qu'il faut pour la faire fonctionner et quatre ou cinq pressions à la minute donnent amplement, sans secousses ni fatigue, l'air nécessaire au bon fonctionnement du carburateur.

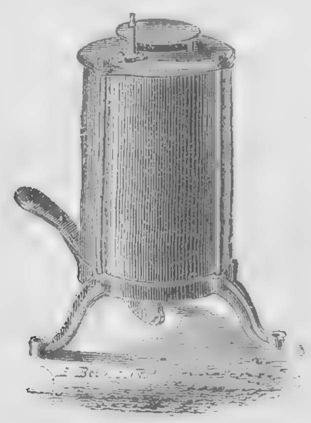


Fig. 1. — Soufflet de bijoutiers, orfèvres, monteurs, appareilleurs, etc., pour souder au gaz ou à l'essence minérale. Système Enfer.

Cette soufflerie, comme le montre la figure ci-contre, est renfermée dans un réservoir en tôle monté sur trois pieds en fonte; la pédale est large et son levier de longueur calculée à la résistance à éprouver par la personne qui aura à la faire fonctionner.

Le carburateur Paquelin. — Le carburateur Paquelin-Gillet, se compose d'un réservoir en métal en forme de pyramide rectangu-

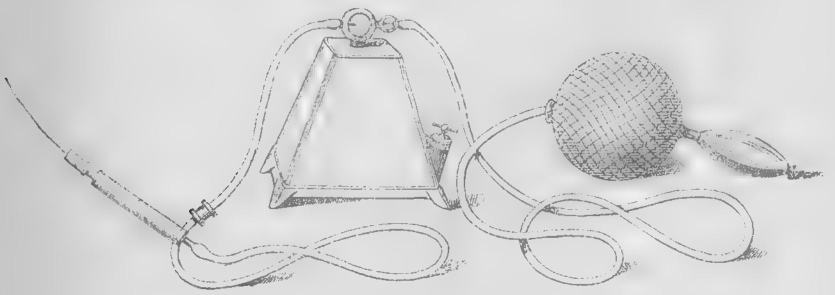


Fig. 2. — Carburateur Paquelin Gillet marchant à l'aide d'une poire.

laire tronquée à arrêtes arrondies, le fond est à voussure ainsi que son dôme pour plus de solidité lors de la pression. Le tout est monté sur quatre pieds.

Le dessus de l'appareil porte un organe essentiel composé de

deux robinets ajustés sur un même corps et ayant chacun une attribution différente dans le fonctionnement de l'appareil. Cet organe porte le nom de doseur-mélangeur.

Le robinet r sert à l'adduction de l'air fourni par la soufflerie. Le robinet dose la carburation.

Sur l'un des petits côtés du carburateur on voit un ajutage fermant par un bouchon à vis en cuivre.

C'est par cette ouverture qu'est versé le liquide dans lequel viendra barboter l'air pour se charger des carbures qui alimenteront le chalumeau.

Les barillet garde-flamme. — Il est constitué par un garde-flamme, sorte de petit tambour divisé en deux parties emboitées par un pas de vis.

Entre ces deux parties est insérée une rondelle de toile métallique en laiton à mailles très fines. Cet organe utilise la propriété découverte par Davis et appliquée par lui aux lampes des mineurs. Ce garde-flamme, lorsque la pression de la soufflerie n'est plus assez forte, empêche la flamme de faire retour arrière. Par ce moyen, en supposant que la combustion se propageât dans le tube de caoutchouc qui relie le chalumeau au carburateur, celle-ci ne dépasserait pas le garde-flamme car la chaleur nécessaire à la combustion des carbures serait immédiatement absorbée par la toile métallique et la combustion ne se propagerait pas au delà.

Ainsi est évitée l'explosion du carburateur, ce barillet garde-flamme terminé par deux olives est placé comme l'indique la figure entre deux sections du tuyau qui relie le chalumeau au carburateur.

Au pis aller on peut s'en passer et parer au retour de la flamme en ayant soin d'écraser le tuyau qui fait suite au chalumeau dès qu'on cesse de souffler.

Cependant, il est de prudence et nous conseillons vivement son emploi.

Les accessoires. — Au carburateur sont attelés soit un chalumeau souple à flamme plus ou moins large ou longue soit l'un des becs 1, 2, 3, 4 de la figure 4 adapté aux manches porte-becs droit ou courbes-figures 3 et 4, soit enfin l'un de ces mêmes becs auquel est attachée, au moyen d'une vis, une monture creuse en fonte malléable, laquelle supporte un fer à souder en cuivre. Ce fer peut être plus ou moins volumineux et de forme appropriée.

Les avantages de ce carburateur. — Outre que cet instrument est portatif, il donne une combustion parfaite des hydrocarbures, leur utilisation à maximum d'effet et dans tous leurs éléments utilisables. La flamme à pointe filiforme mesurant à sa base depuis un millimètre de diamètre seulement jusqu'à trois millimètres ou davantage. Température voisine de 1800°. Régularisation à volonté de la température et de la hauteur de la flamme.

Fonctionnement de l'appareil

(*A suivre à la lettre.*)

I. *Du combustible.* — C'est l'essence minérale de vente courante,

dite aussi benzoline que brûlent les lampes Mille à éponges. Ce produit pèse de 710 à 715 grammes le litre à 15° centigrades. Il importe qu'il ne pèse pas moins de 710 grammes.

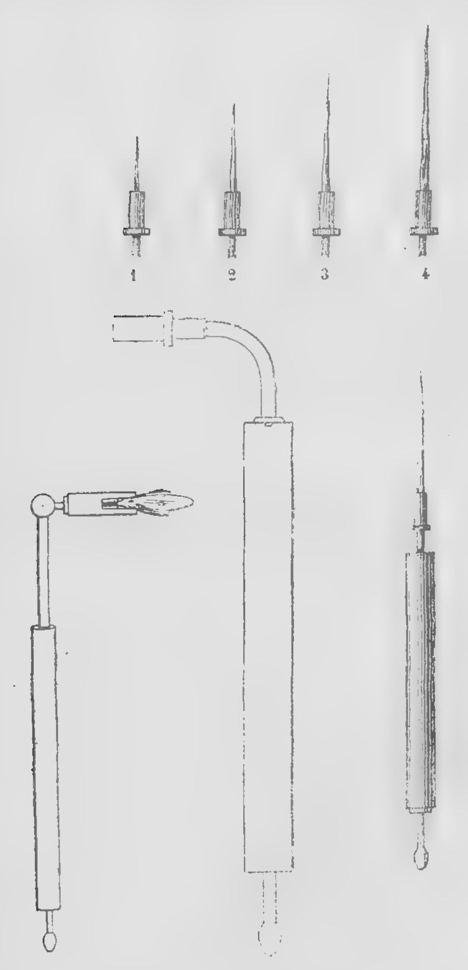


Fig. 4. — Différentes formes de becs et chalumeaux.

Nous conseillons de conserver ce liquide en vase bien clos, soi un bidon identique à celui représenté par la figure 6 et qui présente toutes les conditions de solidité et de commodité requises en pareil cas.

II. *De la charge du carburateur.* — L'emplir jusqu'au niveau du goulot et boucher hermétiquement.

III. *Allumage.* — Fermer complètement le robinet du carburateur.

Faire face à la molette du doseur, puis tourner à fin de course la molette de ce doseur et cela à gauche.

Presser la soufflerie avec le pied.



Fig. 5. — Bidon convenant à la charge du carburateur.

Placer le bec du chalumeau à portée d'une flamme, ouvrir petit à petit le robinet tout en soufflant lentement et régulièrement jusqu'à ce que les quatre flammes latérales d'entretien soient hors de leur manchon.

Le chalumeau amorcé, manœuvrer très lentement la molette du doseur de gauche à droite jusqu'à ce que tout le blanc de la flamme ait disparu ; puis, fermer lentement le robinet jusqu'à ce que les flammes latérales, rentrant au fond de leur manchon, y prennent la forme d'une couronne régulière.

A ce moment, la flamme centrale apparaît avec ses deux cônes emboîtés, bleu-violet, d'une parfaite limpidité, donnant l'image éclatante et veloutée d'une peinture à la gouache.

La flamme est ainsi à son maximum d'intensité.

Il va de soi qu'au fur et à mesure que l'essence minérale s'épuise, ce qu'indique la décoloration graduelle de la flamme, la position de la molette devra varier.

IV. *Régulation de la température de la flamme.* — Rappelons d'abord que sa partie la plus chaude est le sommet de son cône interne.

On lui donne son maximum d'intensité en l'amenant au bleu-violet pur au moyen du robinet, ainsi que nous l'avons indiqué plus haut, et en activant quelque peu le jeu de la soufflerie.

V. *Régulation de la hauteur de la flamme.* — La flamme est plus ou moins allongée suivant la pression plus ou moins forte imprimée à la soufflerie, on en diminue à volonté la hauteur en fermant graduellement le robinet.

VI. *De l'entretien de l'appareil.* — Le jeu de l'appareil peut se déranger de plusieurs façons.

1° L'essence est trop légère. — Le chalumeau s'amorce mal ; la flamme ne tient pas.

Quelques coups de soufflet suffisent pour enlever les parties trop volatiles et mettre le liquide à point.

2° L'essence est épuisée ou trop froide. — Quand, à la suite de plusieurs opérations, ou d'une opération de très longue durée, le robinet étant à la fin de sa course, à gauche, le chalumeau ne donne plus de flamme teintée de blanc, l'essence est trop froide ou épuisée.

On saura si l'essence est trop froide ou épuisée en réchauffant le carburateur dans les mains, ou mieux encore en le plongeant dans de l'eau chaude; cela fait, essayer d'amorcer le chalumeau. Quand l'essence est épuisée, il faut avant de renouveler la provision du carburateur, le vider complètement des résidus qu'il contient.

3° Le bouchon du carburateur fuit. — En ce cas, on entend un sifflement anormal et la soufflerie se vide plus vite qu'à l'ordinaire. Visser le bouchon ou en changer le liège.

4° Il y a fuite dans la canalisation en caoutchouc. — On découvre cette fuite en pinçant les tuyaux en différents points ; suivant son siège, on rogne, on sectionne et raccorde, où l'on remplace la pièce endommagée.

5° Le bec du chalumeau est écrasé. — La flamme centrale est très défectueuse, les flammes latérales demeurent hors leur manchon, quelle que soit la position du robinet. Dévisser le bec, l'épingler au centre et latéralement.

VII. *Fer à souder* (Figure 4).

Instruction : Les mêmes que pour le chalumeau. Toutefois, retenir que pour amorcer l'instrument, il faut placer l'orifice du bec de son chalumeau directement au-dessus d'une flamme.

Notre installation. — Voulant mettre à profit les commodités et avantages réels offerts par le carburateur Gillet, ses accessoires et la soufflerie Enfer, nous avons pensé réunir le tout en un ensemble qui tînt le moins de place possible.

Pour ce faire nous avons fait construire un meuble *ad hoc* qui contînt sous le moindre volume possible tout ce qui est indispensable ou même simplement utile au dentiste lorsqu'il a à exécuter un travail nécessitant une brasure à l'or, soit une soudure à l'étain ou une soudure molle pour son usage personnel.

Ce meuble est représenté par la figure 6. Tel qu'il est, tout annonce que les organes qu'il contient sont au repos.

C'est donc la physionomie qu'il a quand on ne s'en sert pas.

La membrure en est de chêne et les côtés dessus et divisions intérieures comme les portes sont de peuplier. Ce meuble est donc fort léger.

Cotes pour la construction du meuble. — Dimensions : Hauteur : 1^{m} 13. Largeur : 0^{m} 41. Profondeur : 0^{m} 42. Dimensions de la plateforme : 0^{m} 43 $\times$ 0^{m} 47. Hauteur des rebords qui vont en s'abaissant sur le devant : 0^{m} 14.

Dimensions de face des divisions. — Division renfermant la soufflerie : 0^{m}65 $\times$ 0^{m} 39. Division renfermant le carburateur : 0^{m} 20 $\times$ 0^{m} 20. Division destinée au polastre : 0^{m} 20 $\times$ 0^{m} 22. Division renfermant les accessoires : 0^{m} 43 $\times$ 0^{m} 18.

Orifice circulaire de la plate-forme destiné au passage du polastre : 0m15 de diamètre.

Cet orifice est recouvert d'un opercule de mêmes dimensions, muni d'un bouton pour sa facile manœuvre.

Après chaque opération cet opercule est remis en place pour restituer à la plate-forme sa situation horizontale.

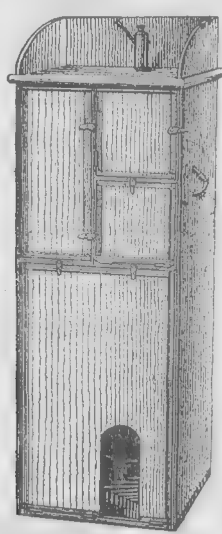


Fig. 6. — Meuble fermé.

L'installation au repos. — 1° A la partie inférieure une porte-abattante montée sur 3 charnières à la partie inférieure et munie de 2 taquets en cuivre pour sa fermeture. A droite, sur cet abattant se voit une chatière pour la manœuvre de la pédale de la soufflerie qui se trouve dans ce compartiment ;

2° Au-dessus et à gauche une autre porte montée sur deux charnières et munie de 2 taquets et s'ouvrant de droite à gauche ; c'est le compartiment des accessoires ;

3° A droite, au-dessus de la soufflerie, une autre porte à battant, montée sur 2 charnières et un taquet s'ouvrant de haut en bas. Ce compartiment est celui du carburateur. Sur le côté droit de l'installation se voit un trou d'où sort le tube de caoutchouc du carburateur muni du barillet paraflamme et qui fait retour quand l'appareil ne fonctionne plus dans le compartiment n° 4 ;

4° Au-dessus du précédent, une autre porte qui s'ouvre de droite à gauche montée sur 2 charnières et un taquet. Ce compartiment est celui où se mettent les charbons à soudure et le polastre qui passe par l'ouverture circulaire sise au-dessus dans la plate-forme lorsqu'on s'en sert pour poser une pièce à chauffer et souder ;

5° Sur la plate-forme se voit un allumoir à alcool destiné à tou-

jours avoir à la disposition une source de lumière ou de chaleur. Cet allumoir est fixé dans un trou percé dans la plate-forme.

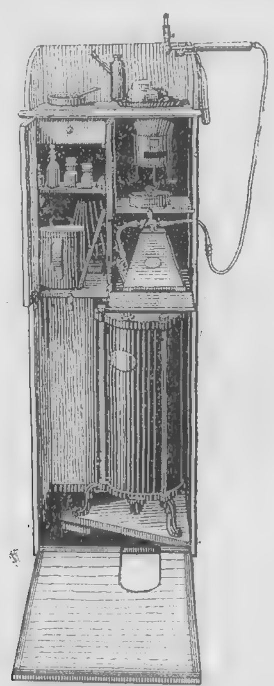


Fig. 7. — Meuble ouvert montrant les différentes places des objets nécessaires pour soudures.

L'appareil en fonction et le contenu de l'installation.

I. En bas la porte abattue laisse voir la soufflerie en fer et sa monture sur un plateau triangulaire en bois.

II. Au dessus : le carburateur Gillet et sa communication intérieurement avec la soufflerie et extérieurement avec un chalumeau muni d'un fer à souder.

III. Au-dessus et toujours à droite, se voit la partie inférieure du polastre fixé dans l'ouverture de la plate-forme; au bas du polastre on voit le couvercle de la pièce à borax laquelle est passée sur la plate-forme.

IV. A gauche le grand casier composé d'une planchette et d'un tiroir.

1° A la partie inférieure et dans le fond on voit la cheminée du polastre ;

A l'avant : une braisière ou une paire petites pincettes ;

2° Sur la planchette sont posés : deux tubes en verre, l'un pour le pinceau à borax, l'autre pour le pinceau à ocre jaune ;

En plus en commençant par la gauche : une bouteille de chlorure de zinc liquide, une bouteille compte-gouttes d'eau dsitillée, un flacon à large goulot pour l'ocre jaune et un autre pareil pour le borax en poudre ;

3° Le tiroir situé au-dessus et dont on voit une glissière et le bouton

renferme : les soudures, des échappes, des limes, des brucelles, du sel ammoniac, de l'or, du platine, de l'argent et la pierre à borax quand elle ne sert plus.

N. B. Au repos le fer à souder et le chalumeau prennent place sur la planchette où sont posés les fioles et flacons décrits plus haut au n° 2 paragraphe 4.

V. Sur la plate-forme se voient :

1° La partie supérieure du polastre lequel contient : braise et pièce prête pour la soudure.

2° La pierre à borax munie de son pinceau.

VI. Le rebord droit porte deux encoches : celle du fond porte horizontalement un fer à souder en train de chauffer et qui est attelé au carburateur ; l'encoche d'avant porte un chalumeau courbe au repos.

Ces encoches reçoivent les chalumeaux quand l'opérateur veut se libérer les mains.

Conclusions. — Par ce qui précède l'on peut voir que notre principale préoccupation a été de concentrer sous la main de l'opérateur tout ce dont il peut avoir besoin, le dispensant ainsi d'aller quérir à droite ou à gauche, sur ou dans un meuble situé autour de lui il est vrai, mais non sous sa main, tel ou tel outil ou ustensile dont il pourra ou non avoir un besoin prévu ou imprévu.

Quel que soit le travail à exécuter sur métaux en fait de soudure ou brasure, l'opérateur pourra donc en toute sécurité et sans aucun souci se mettre à l'œuvre car au moyen de cette installation il est assuré, à quelque phase qu'il soit de son opération, de trouver sous la main tout ce dont il peut avoir besoin.

Devis de l'installation.

1° Le meuble : environ	25 fr.
2° Le carburateur	20 »
3° Un chalumeau courbe	4 fr. 25
4° Un autre muni d'un fer à souder	7 »
5° Tube de caoutchouc	1 fr. 50
6° Barillet pare-flamme	» 50
7° Un bidon à essence	2 fr.
8° Soufflerie en fer, n° 8	30 »
9° Polastre de Fletcher	9 »
10° Pierre à borax et son couvercle	2 fr. 75
11° Fioles et pinceaux	2 »
12° Braisière et pinces	3 fr. 50
13° Charbon à souder et étouffoir	2 »
14° Alumoir à alcool	2 »
15° Divers	5 »
Au total	117 fr. 50

Comme tout ce que nous avons porté à la connaissance de la profession nous livrons ce travail à sa critique et à son expérimentation Par le devis établi ci-dessus les personnes intéressées pourront se rendre compte que le prix de revient de cette installation n'est pas excessivement élevé en égard aux services nombreux qu'il est destiné à rendre et à sa commodité.

RECONSTITUTION D'UNE INCISIVE CENTRALE SUPÉRIEURE

Par M. Merlin, D. E. D. P.

Les coiffes métalliques ont été employées avec succès pour la reconstitution des prémolaires et des molaires, je crois qu'elles peuvent également rendre service pour reformer les dents antérieures ayant subi un traumatisme accidentel.

La *Revue Internationale* a déjà publié des travaux intéressants sur cette matière. Je serais heureux que mes confrères voulussent bien trouver que la reconstitution exécutée par moi mérite de figurer dans ce recueil. La perte d'une incisive centrale chez un sujet jeune est un fait si fâcheux qu'il est bon de mettre à contribution toutes les ressources de la dentisterie opératoire, de la chirurgie conservatrice, pour conserver le plus possible de l'organe mutilé.

A la fin de juillet 1892, M. X..., âgé de 28 ans, vint me trouver pour une incisive qui s'était fracturée à la suite d'un choc. Après avoir examiné cette dent, je constatai que la dentine qui recouvrait la pulpe était trop mince ainsi que les parois, il était impossible de faire une rainure pour maintenir la portion de dent cassée.

Je voulus faire une tentative pour conserver la pulpe et ma première idée fut une coiffe métallique. J'essayai au moyen de cette coiffe de mettre une dent naturelle, je ne trouvai pas la dimension voulue. Je me souvins alors des démonstrations de verre fondu faites par le Dr Herbst à l'Ecole dentaire, exposées dans la *Revue Internationale*.

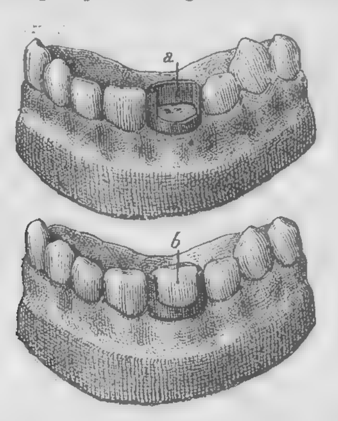
Je parvins à faire assez aisément le bloc de verre mais j'eus beaucoup de difficultés à le sceller dans la coiffe. De plus, le patient ressentait des douleurs au contact du froid et du chaud, cela me mit dans l'impossibilité de conserver la pulpe. Elle fut dévitalisée. Alors je me décidai à placer une dent minérale maintenue par la coiffe. J'ajustai une dent dans la bouche du patient, je fis une contreplaque et je soudai les crampons, puis je soudai la coiffe à la contreplaque après l'avoir essayée.

Le polissage terminé, je mis la coiffe en place après l'avoir enduite de ciment ; j'entourai ma dent de coton sec en projetant de l'air chaud sur les parties voisines afin que la salive ne vînt pas interrompre la prise du ciment.

La dent est posée depuis six mois, le patient s'en sert très bien, les douleurs ont disparu. La seule défectuosité existe sur la partie antérieure au rebord de la gencive où une partie de la bague est apparente quand le patient ouvre trop la bouche ou rit exagérément.

De plus, la rainure qui se trouve entre la dent naturelle et la dent minérale laisse voir une partie de ciment qui a passé par cette ouverture laissée exprès.

Je ne m'étends par sur la manière de faire ce travail qui est connu depuis longtemps, pour les grosses molaires et autres.



Figures reproduisant la dent après fracture puis reconstituée.

CAS D'ÉRUPTIONS TRÈS TARDIVES

Par M. Broussilowsky, D. E. D. P.

L'éruption des dents est si bien liée à la période de formation du corps humain, que c'est toujours un grand sujet d'étonnement de constater l'apparition d'une dent chez des adultes, et à plus forte raison chez des vieillards. De là, les légendes acceptées par les anciens auteurs, qui voyaient dans toute éruption très tardive une troisième dentition. Ce que nous savons sur les conditions de formation du germe dentaire, sur les causes de sa sortie de la gencive, écarte *à priori*, l'idée d'une dentition supplémentaire. L'examen des faits confirme cette vue.

Les éruptions tardives chez les enfants peuvent résulter des causes générales qui retardent la calcification de la dent. Pour les éruptions très tardives comme celles que nous reproduisons plus loin, nous pensons qu'elle est surtout due à des anomalies de siège entravant l'ascension de la dent une fois formée.

Ce n'est que plus tard, à la suite de la disparition ou du déplacement des dents qui faisaient obstacle, ou quand la résorption alvéolaire est accusée, que la dent se fait jour.

Il est très évident que c'est ce qui s'est passé pour l'observation I et pour l'observation III. Quant à l'anomalie par éruption tardive des canines supérieures et la chute tardive des dents temporaires correspondantes de l'observation II, on peut invoquer qu'elle résultait d'anomalies de direction des dents permanentes, anomalie qui a laissé aux dents de lait leur racine, non résorbée, de là toute leur solidité d'implantation et leur présence à l'âge adulte.

Observation I (personnelle). *Eruption tardive d'une canine.* — Mme C..., 30 ans, nerveuse, ayant des traces de variole, demeurant à Paris, se plaint que l'appareil du haut qu'elle portait sans inconvénients depuis deux ans ne s'applique plus (Consultation en février 1892). En examinant le palais on trouve une grosseur très dure entre l'incisive latérale supérieure gauche et la première bicuspide. On peut supposer un kyste induré consécutif à l'infection de la racine de l'incisive latérale sur laquelle portait l'appareil. Toutefois, comme l'état reste stationnaire. l'hypothèse d'un kyste ou d'un abcès palatin semble écartée. Les dents cariées sont soignées et la bouche est mise en état. La canine supérieure gauche manquait. Nous questionnons la malade et nous acquérons la conviction que cette dent n'a jamais figuré dans la série. Un examen attentif montre qu'elle se logeait dans le palais, n'ayant pu faire éruption à sa position normale. Le 12 mars 1892 on a enlevé d'abord la racine de l'incisive pour faciliter ultérieurement, si besoin en est, l'extraction de la canine.

Observation II. — Mlle B..., 31 ans, ayant de bonnes dents, quoique quelques-unes sont aurifiées, se présente à notre consultation pour qu'on remédie au mauvais placement de ses canines logées dans le palais en arrière des dents de première dentition encore présentes.

La canine supérieure gauche est apparue à 16 ans et s'est logée à la place sus-indiquée. A 19 ans son homologue droite a fait éruption et s'est placée comme la précédente. Vers 18 ans elle consulta deux dentistes qui lui conseillèrent d'attendre. Gênée par cette superposition des canines temporaires et des permanentes, elle vient nous demander de lui enlever soit les dents temporaires, soit les dents permanentes. Nous décidons l'avulsion des dents de première dentition. Cette observation n'a aucun intérêt de par le traitement, mais seulement par l'anomalie d'éruption, d'autant plus qu'elle est une répétition de ce qui s'était produit chez le père de ma patiente qui eut une éruption de dent antérieure (très probablement la canine) à 33 ans.

Observation III. Eruption tardive d'une dent de sagesse. — M. G..., 74 ans, homme d'affaires à Paris, vient consulter notre confrère M. Meyenrock pour une douleur siégeant au maxillaire supérieur du côté gauche. Le diagnostic est difficile, il y a tuméfaction énorme de la joue gauche, constriction des mâchoires, les deux molaires du côté intéressé ne semblent pas être en cause. On prescrit un traitement palliatif et des gargarismes émollients. A la seconde visite l'exploration devient possible et à la sonde on constate l'existence d'un corps dur et lisse dans la région de la dent de sagesse supérieure gauche. Quelques jours après on signale la présence d'une couronne ayant une direction vicieuse, on juge nécessaire l'extraction, cela est fait; l'opération fut entourée de grandes difficultés.

SOCIÉTÉS ODONTOLOGIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 2 mai 1893

Présidence de M. Viau.

L'HYSTÉRIE ET LES OPÉRATIONS DENTAIRES

M. le docteur Lemarié fait une conférence sur l'hystérie et les opérations dentaires. Il conclut que : l'hystérie est d'une fréquence telle qu'il est impossible que le dentiste n'en rencontre pas de cas ; qu'elle est aussi fréquente chez l'homme que chez la femme ; que le dentiste doit être en garde contre les manifestations hystériques qui peuvent se produire sous l'influence d'opérations dentaires et qu'il ne doit jamais anesthésier seul un sujet hystérique ; enfin que l'abolition du réflexe pharyngien est un signe presque constant de l'hystérie et que ce symptôme peut être facilement constaté par le dentiste.

M. Laurent. — Il y a quelques jours une jeune fille est venue chez moi en compagnie d'une autre personne pour se faire enlever une dent, il s'agissait d'une grosse molaire fort difficile. Pendant que je procédais à l'opération, assez laborieuse du reste, la patiente fut prise d'une attaque de nerfs, se roula par terre en criant et cela pendant 45 minutes ; j'enlevai tout ce qui pouvait la blesser et fit ce que je pus, mais je fus très ennuyé. La personne qui accompagnait cette jeune fille m'apprit que celle-ci avait été soignée quelques mois auparavant par M. Charcot.

M. Poinsot. — Les crises d'hystérie peuvent se manifester plus ou moins facilement suivant la confiance du malade en son opérateur.

J'ai eu dans ma clientèle un cas intéressant : un médecin m'écrivit un jour pour m'annoncer qu'il m'envoyait une dame laquelle avait une dent à extraire ; cette dame très pusillanime devait être chloroformée par lui. Je lui écrivis que cela était inutile, que l'on pourrait faire l'opération à la cocaïne, il me répondit que la chose était impossible, la malade étant une hystérique. Je lui affirmai ma confiance en la cocaïne en dépit de cela et la malade vint ; son médecin empêché ne put venir. Après injections de cocaïne je fis mon opération et vis alors ma malade immobile les yeux fixes. Je lui fis respirer de l'ammoniaque et je m'aperçus qu'elle respirait ces vapeurs irritantes avec une sorte de volupté. Pour faire mon opération, j'avais donné à ma malade la position horizontale, j'éloignai progressivement de ses narines ma compresse imbibée d'ammoniaque et à mesure que je retirais celle-ci la malade se relevait en respirant toujours de la même façon jusqu'à ce qu'elle occupa la position assise, où alors tous ces phénomènes disparurent subitement.

M. Viau. — Ce matin à la clinique d'anesthésie nous avons donné du chloroforme à une malade, cette malade a été très difficile à anesthésier, elle absorba une grande quantité de chloroforme sans être endormie et quand on voulut l'opérer, elle eut une crise hystérique.

ÉTUDE SUR L'ACTION PHYSIOLOGIQUE DE LA COCAÏNE

M. Viau. — M. Laborde fut un des premiers à étudier l'action physiologique de la cocaïne, sur les propriétés de laquelle son attention avait été attirée par M. Coupard qui lui avait fait part des propriétés anesthésiques des feuilles de coca et de leur utilité dans les affections ulcéreuses du pharynx et du larynx et qui avait déjà commencé avec un de ses amis des expériences physiologiques à l'aide d'un sel de cocaïne préparé par eux, le chlorhydrate.

Le jour où M. Laborde fit sa première communication à la Société de biologie, Vulpian fit connaître à l'Académie des sciences le résultat de ses recherches sur le chlorhydrate de cocaïne.

Tout le monde est d'accord sur les effets locaux de la cocaïne, elle produit de l'analgésie sans anesthésie, il n'y a pas de douleur mais la sensation de contact est conservée, ce qui fait que certains observateurs croient pouvoir attribuer l'analgésie à une action vaso-constrictive de la cocaïne. Comme l'a fait remarquer Arloing, l'insensibilité de la cornée ne peut pas être attribuée à l'anémie de la région, car elle se produit après comme avant la section du sympathique cervical. La cocaïne agit donc sur les terminaisons des nerfs sensitifs ; d'après Mosso elle supprimerait également la capacité de conduction des nerfs moteurs. A dose faible elle paralyse les muscles, à dose élevée elle augmenterait leur puissance de contractilité surtout s'ils sont fatigués.

L'action générale est moins connue. Les phénomènes notés chez l'homme, à la suite de l'administration de doses trop élevées, sont la pâleur de la face, la tendance aux syncopes, l'agitation, la mydriase et l'analgésie générale.

Chez le chien et le lapin 5 à 10 milligrammes par kilogramme déterminent une période d'excitation plus ou moins longue précédée quelquefois d'une phase de stupeur très courte. Chez le singe, dès le début, on a vu de violentes attaques épileptiformes. Dans tous les cas il y a une grande dilatation pupillaire, c'est un des effets constants de la cocaïne qui exagère encore la mydriase alors que les instillations d'atropine ne peuvent plus l'augmenter.

M Laborde rattache les mouvements convulsifs au bulbe, Mosso rapporte tout aux cellules de la moelle.

La cocaïne agit rapidement sur la pression intra-artérielle qu'elle abaisse considérablement et relève ensuite (Vulpian). On expliqua d'abord ces faits par l'excitation suivie de paralysie du symphathique. Berthold rapporte tout au centre vaso-moteur encéphalique. Il est probable cependant que la cocaïne exerce une action directe et immédiate sur le muscle cardiaque. La cocaïne agit sur le protoplasma de toutes les cellules de l'économie.

On a observé du côté du rein, tantôt de la diurèse, tantôt de l'anurie, ce dernier phénomène serait pour Bignon, de Lima, la cause principale des accidents de la cocaïne qui tiendraient à la suppression de l'excrétion urinaire et seraient des accidents urémiques.

Le Dr Pinet dans son cours d'anesthésie à l'Ecole, a formulé ainsi, d'après le professeur Dastre, les propriétés physiologiques de la cocaïne :

La cocaïne n'est pas un anesthésique général, si celle-ci se manifeste elle est l'expression de l'intoxication cocaïnique à sa période ultime. C'est un anesthésique local.

Son action sur l'organisme peut se résumer ainsi. C'est un curare sensitif. Le curare paralyse les terminaisons nerveuses motrices, la cocaïne, elle, paralyse les terminaisons nerveuses sensitives. Ces deux substances agissent sur les extrémités en respectant le tronc. Cependant le curare paralyse les vaso-constricteurs tandis que la cocaïne les excite.

L'action vaso-constrictive explique la pâleur de la face et les syncopes. Elle produit une accélération des battements cardiaques et une augmentation de la pression artérielle ce qui explique pourquoi la cocaïne est nettement contre-indiquée chez les athéromateux.

La cocaïne donne la fièvre (Richet).

Les contre-indications de la cocaïne résultent des données physiologiques. On ne l'emploiera pas :

Chez les grands nerveux.

Chez les anémiques à un certain degré.

Chez les aortiques dans tous les cas.

Chez les individus dont le myocarde a fléchi.

Dans l'angine de poitrine et dans les affections des voies respiratoires à forme aiguë convulsive et pour les débilités.

Il y a lieu d'agir avec prudence chez les timorés, la peur produisant une action vaso-constrictive augmentant celle de la cocaïne.

Enfin si l'on a des doutes il ne faut pratiquer l'anesthésie que sur un avis motivé du médecin habituel, un examen extemporané et rapide fait par un médecin, si expérimenté qu'il soit, ne donnant même pas toujours, dans ces conditions, les garanties nécessaires.

M. Poinsot. — Tout cela est exact pour le chlorhydrate de cocaïne, mais si l'on emploie la cocaïne pure tout change. Ainsi M. Barrié nous a parlé du chlorhydrate de cocaïne comme hémostatique, la cocaïne n'a pas cette propriété. Avec la cocaïne il n'y a pas de décoloration des lèvres.

M. Viau. — M. Poinsot nous a promis une communication sur la cocaïne pure sur laquelle il a une grande expérience.

DES MOYENS DE CONTENTION DANS LA RÉIMPLANTATION

M. Barrié. — Je ne veux pas vous entretenir des indications de la réimplantation, mais étudier un point particulier de cette opération.

L'opération de la réimplantation comprend deux temps :
1° La préparation de la dent ;
2° La contention.
C'est de ce seul temps que je vais vous entretenir.

Les divers moyens employés sont : la ligature en 8 de chiffre, la gutta, la digue (Herbst), l'appareil en caoutchouc vulcanisé, l'appareil en métal.

La ligature et la gutta sont insuffisants. L'absence de dents voisines empêche l'application de la digue, de plus, par sa pression, la digue peut donner à la dent une direction vicieuse. L'appareil de vulcanite est encombrant et disgracieux, je donne la préférence à l'appareil en platine. Voici un appareil construit par M. Martinier qui figure au musée, mais je lui ferai le reproche de demander beaucoup trop de temps pour son exécution. En effet, il faut un modèle, un zinc, etc. L'appareil que je vais vous présenter est beaucoup plus simple et se confectionne très rapidement, il ne faut pas plus de trois quarts d'heure pour l'exécuter.

Un élève de 1re année était soigné par M. Cossas, élève de 3e année qui lui fit la réimplantation de l'incisive centrale supérieure gauche, la première partie de l'opération marcha bien mais l'appareil en vulcanite qui fut appliqué balançait en mangeant et empêchait la consolidation. On appliqua la digue suivant le procédé de Herbst, elle ne tint pas ; M. Lermerle la réappliqua lui-même elle ne tint pas davantage, c'est alors que je construisis le petit appareil que vous pouvez voir en place. Il est en platine très mince et estampé sur les dents au brunissoir, il recouvre le bord libre et la face antérieure de la dent réimplantée, deux petits anneaux y sont soudés au collet de la dent et de ces anneaux partent des fils qui entourent les deux dents voisines. La contention se fait très bien et l'appareil ne gène pas du tout.

ABCÈS DU SINUS

M. Fanton-Touvet, présente une tumeur du périoste et une dent présentant un petit odontome radiculaire, il lit ensuite une observation d'abcès du sinus.

En 1886, étant élève à l'Ecole je soignai un malade atteint d'un abcès du sinus, je l'avais perdu de vue avant sa guérison quand, il y a quelque temps, je retrouvais mon malade et je pus ainsi compléter mon observation primitive.

Ce malade, cocher, se présenta en 1886 à la Clinique, en se plaignant d'avoir un écoulement de pus par le nez et par l'ouverture de la gencive résultant de l'extraction d'une deuxième molaire supérieure enlevée quelques jours auparavant, il y avait de la sensibilité au niveau de l'os molaire et de la fosse canine. Les dents sont saines et la santé bonne. En 1884, ce malade avait reçu, dans une attaque nocturne, un coup de poing américain sur la face, il n'en avait plus souffert depuis longtemps, quand, quelques jours avant de venir nous trouver, il fut pris de douleurs extrêmement vives dans la face, il fit enlever la grosse molaire et l'abcès se manifesta.

On fit une ponction au trocart, on plaça un tube de caoutchouc et on lui fit faire des lavages antiseptiques. Ce n'était pas suffisant l'orifice se refermait, on lui fit alors un appareil en caoutchouc avec tube métallique qui vous a été présenté à l'époque, puis on ne revit plus le malade. Je l'ai retrouvé il y a quelques jours et il m'a raconté le reste de son histoire. L'appareil le gênait, il l'avait enlevé, l'orifice s'était alors refermé et des accidents très intenses avaient éclaté ; il entra à l'hôpital où on lui fit le curettage du sinus et au bout de quelque temps il sortait guéri.

Cette observation m'a paru intéressante, d'abord par l'origine de l'abcès qui paraît être le traumatisme produit deux ans avant les accidents, ensuite la guerison très rapide obtenue par le curettage.

M. Meng. — Quel était le calibre de la canule ?

M. Swaycarsky. — Comment se fait le curettage du sinus ?

M. Fanton. — Je ne me souviens plus de la grosseur du tube. Le curettage du sinus se fait par l'ouverture de la racine, on l'agrandit et par là on passe une curette tranchante, on gratte la muqueuse et on bourre ensuite la cavité avec de la gaze iodoformée.

M. Roy. — A propos des abcès du sinus à incubation longue, un de nos confrères a eu, il y a quelques années, un abcès du sinus dû à un coup de baïonnette reçu en 1870, au niveau de la fosse canine.

M. Poinsot. — On ne risque rien de tenter d'abord le traitement par les lavages, s'il ne réussit pas, on peut toujours recourir au chirurgien. La guérison s'obtient facilement pour un abcès récent il n'en est pas de même pour ceux datant de longtemps.

M. Gillard. — Le succès du traitement dépend de la nature de l'abcès, s'il est d'origine dentaire ou non ; dans ce dernier cas la guérison est très difficile. De plus, les injections que l'on fait généralement sont trop anodines, je fais des injections d'iode (teinture d'iode et iodure de potassium).

M. Meng. — Une ouverture très grande est nécessaire, c'est une condition essentielle de succès. J'ai fait un grand nombre d'opérations pour des malades qui me sont adressés par un rhinologiste, je leur fais une très grande ouverture, je me sers pour cela des instruments à implantation de Younger, et j'ai de très bons résultats.

M. Roy. — Je fais des lavages au chlorure de zinc et m'en suis bien trouvé.

M. Fanton. — On avait passé dans le sinus de mon malade des mèches imbibées d'un mélange d'iode, iodure de potassium et créosote.

M. Viau. — M. Frey nous a présenté à la dernière séance une curette pour le sinus très ingénieusement construite. Je croyais jusqu'alors que le traitement par les lavages était préférable, occasionnant le moins de dégâts, mais, en présence de ce petit instrument qui paraît si commode, je me demande si le curettage n'est pas préférable.

M. Fanton. — Le curettage du sinus est une opération très bénigne.

La séance est levée.

Maurice Roy.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 11 *avril* 1893.

Présidence de M. Damain.

GUÉRISON DES KYSTES ET ABCÈS RADICULAIRES PAR L'ÉLECTRICITÉ

M. Léger-Dorez lit un travail sur la guérison des kystes et abcès radiculaires par l'électricité.

M. Crignier invite l'auteur à faire des expériences à la clinique de l'Ecole.

RÉSORPTION PROGRESSIVE DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

M. Lawrence a eu occasion d'observer un cas de résorption progressive du maxillaire supérieur, il donne quelques détails sur cette observation qui sera l'objet d'une communication plus complète ultérieurement.

ÉMAILLAGE DES PIÈCES ARTIFICIELLES

M. Boulé a composé un émail pouvant s'appliquer sur les plaques artificielles en caoutchouc, or ou platine.

Cet émail se compose de 3 produits :

Le n° 1 est le corps servant de base ;

Le n° 2 est l'émail rose ;

Le n° 3 est le glacis.

Pour l'emploi de cet émail il faut employer un mouffle à liquide que l'auteur a fait construire. La pièce, or, platine ou caoutchouc, terminée à la lime rude et striée en tous sens est mise quelques instants dans le moufle puis on applique avec un pinceau une première couche du corps n° 1, on laisse sécher et l'on cuit dans le moufle à liquide, à la température de 110 à 115 degrés.

La cuisson de cette première couche est de 5 minutes, et on retire, en laissant refroidir à l'air libre, puis on applique une seconde couche plus épaisse, du même numéro, en pratiquant de la manière ci-dessus, et en augmentant seulement de 10 à 15 minutes la deuxième cuisson.

On laisse refroidir puis on prépare la pièce avec la langue de carpe ou autre.

La pièce ainsi préparée, on passe l'émail rose (flacon n° 2) qui s'applique également avec un pinceau.

Si l'on veut obtenir une teinte rose pâle, une seule couche suffit ;

Une deuxième couche donne la teinte rose normale ;

Une troisième couche donne le rose foncé des gencives.

Pour cet émail il est préférable de cuire à l'état humide, et la cuisson est de 15 minutes, on retire la pièce et on laisse bien refroidir à l'air libre.

La troisième opération consiste dans l'application du glacis flacon n° 3.

On passe le glacis sur tout l'émail rose avec un pinceau très propre, et l'on cuit à l'état humide pendant 5 minutes. On laisse bien refroidir et l'opération est terminée.

La cuisson peut durer de 1 heure à 1 h. 1/2 selon les couches que l'on aura appliquées. Ce nouvel émail résiste à la salive pendant 3 ans, terme moyen, et l'on peut facilement le renouveler.

M. Saint-Hilaire emploie depuis quelque temps l'émail nouveau. Il est très satisfait de l'effet produit dans la bouche par les pièces artificielles émaillées. Trois années lui paraît être pour cet émail une durée minimum.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE LA GRANDE-BRETAGNE

Séance du 6 mars 1893.

M. W. Herne présente un cas de paralysie unilatérale du voile du palais ; la phonation était si analogue à celle des cas de perforation que le secrétaire de la Société de Chirurgie s'y trompa. La patiente est une jeune fille d'environ 20 ans. Cette paralysie avait pour origine une scarlatine que la malade avait eu à l'âge de 3 ans.

M. G. Brunton, de Leeds, montre et décrit un petit instrument, en fil de piano pour le traitement des canaux des racines, ainsi qu'un nouveau système de porte-disque et une méthode pour diminuer la chaleur de la flamme d'une lampe à alcool. En introduisant un fil de platine dans la mèche réduite on ne fond pas les bords de la feuille d'or quand on la passe dans la flamme.

LES CONDITIONS PATHOLOGIQUES DE LA PULPE

M. G. W. Watson. Les conditions pathologiques de la pulpe peuvent être classées ainsi : 1° irritation de la pulpe ; 2° pulpite aiguë ; 3° pulpite chronique ; 4° abcès de la pulpe ; 5° hypertrophie et dégénérescence ; 6° formations dures secondaires.

1. L'irritation de la pulpe est causée généralement par la carie, l'abrasion, l'érosion ou les changements thermiques.

L'hyperémie peut amener une légère et même une grande dilatation des vaisseaux sanguins sans altération des tissus élémentaires de la pulpe, mais si cela persistait ou arrivait fréquemment, les vaisseaux ne pourraient se contracter à cause de la paralysie de leurs nerfs vaso moteurs et la dilatation permanente de leurs parois se terminant par l'exsudation de leur contenu et produisant une inflammation aiguë.

Si, d'un autre côté, l'irritation cesse, la pulpe revient à ses conditions normales.

2. La pulpite aiguë est le plus fréquemment le résultat de l'exposition de la pulpe, on trouvera l'endroit atteint d'une teinte rouge vif, en décroissant, de la périphérie au centre, les vaisseaux sanguins sont dilatés par la quantité de sang qu'ils contiennent, les cellules de tissus servant de relation et les faisceaux nerveux dans le rayon de l'inflammation révéleront des changements de structure et un obscurcissement moléculaire causé par la présence de granulations sera facile à observer. Si le mal s'étend, les vaisseaux sanguins deviendront sujets à l'étranglement et la nécrose de l'organe en résultera. La suppuration et la prolifération des tissus élémentaires de la pulpe sont d'autres résultats de la pulpite aiguë. Il est assez singulier que les cellules odontoblastiques, dans la pulpite aiguë, persistent jusqu'à la fin, et ne soient détruites que par la suppuration. Dans quelques cas très aigus la matière colorante du sang est exsudée dans les *tubuli* de la dentine, et produit une tache rouge.

On pourrait, quelquefois, voir en cette tache la conséquence d'applications d'arsenic sur la pulpe.

3. La pulpite chronique est plus commune que la pulpite aiguë, et moins facile à traiter, elle est souvent négligée par le patient parce que la douleur n'est pas très vive. La pulpe, à l'endroit exposé et a une légère profondeur de la surface, est très rouge et vasculaire et laisse écouler un liquide séreux et purulent qui répand une odeur désagréable. On pourrait observer l'atrophie des cellules odontoblastiques, elles disparaissent rapidement par les progrès de l'ulcération. Dans des circonstances favorables la pulpite chronique peut devenir aiguë et se terminer par la suppuration.

4. Les abcès de la pulpe, coïncident généralement avec l'exposition de la pulpe aux fluides de la bouche, qui contiennent invariablement des organismes pyogéniques comme on le sait. Dans le foyer de suppuration les vaisseaux sanguins sont dilatés en ampoules, les cellules odontoblastes sont graduellement minées et détruites, les nerfs disparaissent promptement. Le processus de destruction peut continuer jusqu'à ce que la pulpe devienne gangréneuse, dès qu'une dégénérescence graisseuse succède à la suppuration. Le Dr Hugenschmidt, de Paris, a récemment attiré l'attention sur une forme d'abcès de la pulpe, l'auteur de la communication ignorait que ce sujet eut été traité par d'autres auteurs, la particularité est qu'il associe l'abcès de la pulpe à la présence d'une pulpe vivante, et qu'il dit est toujours compliqué d'abcès alvéolaire chronique. Ces pulpes ont sur leur surface coronaire un petit ulcère qui sécrète du pus, il circule le long de la partie extérieure de la pulpe et atteint l'apex du foramen, faisant son chemin à la surface comme un abcès alvéolaire ordinaire.

5. A. L'hypertrophie de la pulpe est constituée par une masse rouge sortant de la chambre pulpaire et remplissant la cavité cariée c'est un résultat de la pulpite chronique. Les surfaces externes de ces productions sont quelquefois recouvertes d'un épithélium squameux.

15

Plusieurs auteurs ont dit que ces parties hypertrophiées se calcifiaient quelquefois.

B. La dégénérescence de la pulpe comme suite d'une inflammation chronique n'est pas rare, et peut être divisée en : *a*) dégénérescence graisseuse ; *b*) aréolaire ; *c*) fibreuse et ; *d*) calcaire.

a) La dégénérescence graisseuse est un signe de diminution de la vitalité de l'organe, lorsque le processus se développe, on peut, en examinant au microscope, observer de nombreux globules graisseux, détruisant sa structure primitive.

b) L'aréole de la pulpe semble rare et être le résultat d'une inflammation chronique. Les cellules et l'histologie apparente de la pulpe sont entièrement changées, il se développe un réseau de fines fibres et, éparpillées dans les mailles du filet, on trouve de nombreuses cavités ovales qui doivent contenir du fluide quand elles sont vivantes.

c) La dégénérescence fibreuse se rencontre plutôt dans les dents usées des vieillards et provient de la nutrition défectueuse de la pulpe. Il y a une production anormale de tissu fibreux développé probablement aux dépens des tissus élémentaires de relation de la pulpe. La flexuosité et la dilatation des vaisseaux se voit également, avec tendance à la strangulation partielle.

d) La dégénérescence calcaire ne doit pas être confondue avec les nodules ordinaires des pulpes calcitiées. Les premiers sont un dépôt de sels calcaires dans les tissus de la pulpe tandis que la dégénérescence calcaire est due à des changements inflammatoires. On trouve des masses de forme ovale, ronde ou cylindrique, elles sont demi transparentes, rugueuses à la surface, différant ainsi entièrement des masses noueuses calcifiées qu'on trouve dans la pulpe et qui sont relativement lisses. On suppose que leurcomposition chimique consiste principalement en phosphate et carbonate de chaux. M. Watson, soutient que cette condition pathologique occasionne fréquemment de violentes douleurs névralgiques.

6. Quant aux formations dures secondaires dans la cavité pulpaire, on peut les classer en (*a*) dentine réparatrice ; (*b*) tumeur dentinaire ; (*c*) calcification noueuse de la pulpe ; (*d*) ostéo-dentine.

a) La dentine réparatrice se produit quand, à la suite d un coup ou d'une maladie, une partie de la coiffe protectrice d'émail est enlevée, exposant ainsi la dentine qui est très sensible, il en résulte la formation d'un tissu compensateur, quoique il y ait des cas où il ne se produit pas ce second dépôt. Il y a toujours une ligne de démarcation entre la première et la seconde dentine et après macération le tissu réparateur se sépare généralement des parois de la chambre pulpaire.

b) Les tumeurs dentinaires se forment quand les parois de la chambre pulpaire sont en voie de calcification, et croissent sur le haut ou sur les côtés. La couche qui limite est appréciable par l'uniformité des *tubuli* qui en dérivent, tandis que ceux de nouvelle formation sont très erratiques dans leur parcours ; ces excroissances sont généra-

lement de forme ronde ou ovale. Des noyaux de dentine se trouvent généralement dans la pulpe, surtout quand la dent est sujette à l'abrasion, la carie ou l'érosion.

c) A une période peu avancée, des cellules noirâtres comme des corps de calco-globulin sont disséminées dans la substance de la pulpe variant beaucoup en grosseur, en quelques endroits microscopique en d'autres, remplissant presque toute la cavité pulpaire ou le canal de la racine, de couleur jaunâtre, et presque aussi dure que la dentine.

L'auteur serait d'avis de considérer les calcifications noueuses comme un état pathologique, cela se rencontrant presque toujours dans les dents affectées de carie, abrasion ou d'érosion, et serait dû à un état pathologique de la pulpe dû lui-même aux lésions mentionnées plus haut.

d) L'ostéo-dentine se trouve dans la pulpe, non ahdérente ou attachée aux parois des canaux en nœuds ronds et irréguliers. Elle se développe dans les tissus de la pulpe, contient généralement des vaisseaux sanguins, et présente parfois une organisation concentrique des tissus analogues à ce que l'on observe pour les canaux de Havers du tissu osseux.

La séance est levée.

Séance du 10 avril 1893.

Présidence de M. Bowman-Macleod.

AMPUTATION DE LA RACINE

M. R. H. Woodhouse fait une communication sur un cas d'amputation de la racine d'une dent pour obtenir la guérison d'un abcès chronique. C'était l'incisive latérale supérieure droite et la patiente était âgée de 33 ans. La dent était morte depuis plusieurs années et la racine avait été obturée. On avait fait plusieurs tentatives pour guérir l'abcès mais on n'avait réussi que partiellement. La dent étant précieuse, M. Woodhouse se décida à enlever une partie de la racine dans le voisinage de l'abcès ; il élargit l'ouverture en la préparant avec de l'ouate et de l'acide phénique. On sentait aisément la partie exposée de la racine. Après avoir agrandi l'ouverture il rechercha la partie de la racine où le périoste adhérait encore. Une partie de la racine enlevée, M. Woodhouse lava la cavité et la remplit de liniment iodé ; on la prépara trois ou quatre fois, et quand il revit la patiente trois semaines après la plaie était complètement cicatrisée, il ne restait qu'une petite dépression dans la gencive.

Il revit la patiente neuf mois après l'opération et tout était en parfait état. Quelques dentistes seront d'avis qu'il eût mieux valu enlever la dent, mais il préféra un traitement moins énergique. La partie de racine extraite n'était pas bien grosse, il est surprenant qu'une portion si minime eût causé l'accumulation d'une telle quantité de pus et occasionné tant de désordres.

M. Woodhouse approuve l'emploi du liniment iodé dans les cas d'abcès chroniques de ce genre, il a aussi un effet merveilleux sur les dents mortes. On doit ajouter que la racine avait été obturée depuis plusieurs années ; on ne pouvait donc compter sur aucun résultat en traitant la dent par le canal.

M. Curnock cite un cas analogue à celui de M. Woodhouse. Il lui fut impossible de dévitaliser la pulpe entière, quoiqu'il fît des pansements de temps en temps. A la fin le patient se lassa d'un aussi long traitement sans résultat et demanda l'extraction de la dent. M. Curnock fit l'extraction mais avec l'intention de la réimplanter. En enlevant la dent, il trouva, comme il le pensait, un petit crochet sur la racine de la dent, il l'enleva et obtura la racine avec du ciment « ostéo » à la manière ordinaire et replaça la dent. L'essai réussit, il a revu la dent plusieurs fois depuis huit ans, l' « ostéo » était presque en aussi bon état qu'au début.

M. Cunningham fait observer que l'amputation de la racine dans les cas analogues à ceux cités plus haut n'est pas un procédé tout à fait nouveau. Après avoir décrit le traitement d'un cas de fistule chronique chez un de ses patients, pour lequel il adopta ce qu'on appelle la méthode héroïque, il dit que quant à l'utilité de l'opération, il l'employait beaucoup plus avant le traitement immédiat ; il a beaucoup plus confiance en l'opération de la réimplantation que M. Woodhouse.

M. W. Hern décrit deux cas qu'il a soignés. Dans le premier cas, il s'agissait d'une jeune fille, ayant deux dents supérieures à pivots, mais malheureusement il y avait à l'apex de chacune des racines un abcès chronique très volumineux et avec une assez grosse éminence, cela la défigurait et l'ennuyait beaucoup. Elle dit à M. Hern qu'un dentiste qu'elle avait consulté auparavant avait enlevé les couronnes une fois et avait essayé de panser les racines mais sans succès. M. Hern enleva une des couronnes et trouva la racine intacte, il en conclut qu'il existait une nécrose des extrémités de la racine. La patiente étant jeune, il hésitait à enlever la dent, il traita d'abord une incisive, appliquant de la cocaïne à l'endroit qui recouvrait la racine, il arriva à l'extrémité de la racine, employant une fraise un peu dure, il fraisa l'extrémité entière de la racine, il put sentir qu'elle était rude et nue au toucher. Il pansa l'endroit avec du sulfate de cuivre. Cela réussit parfaitement, en peu de temps l'abcès disparut, il ne restait plus qu'une légère dépression ; il commença alors le traitement de l'autre incisive, quand, soit par la rétraction du tissu cicatriciel, soit par une autre cause, la racine laissa voir le collet des dents artificielles, en une ligne noire ; la patiente désira alors avoir d'autres dents. En 1891 ou 1892, quelque chose comme quatre ou cinq ans après, il coiffa les deux racines, et elles sont restées ainsi depuis.

Le second cas est celui d'un homme qui vint à l'Ecole dentaire de Londres il y a dix-huit mois ou deux ans, avec un très gros kyste du périoste, sur la racine de l'incisive centrale. Il avait de 25 à 30 ans, il raconta que, étant enfant, il se heurta à un pilier en jouant, et que

depuis il était fréquemment ennuyé par des abcès, quand il survint une enflure non douloureuse qui augmenta graduellement. Le kyste était si gros que M. Hern, se souciant peu de l'ouvrir à l'hôpital Dentaire, l'emmena à l'hôpital de Middlessex, où on fit une incision sur la pointe de la racine de l'incisive centrale, et il enleva complètement la pointe. La blessure se cicatrisa complètement, mais la paroi du kyste était si étendue, qu'elle ne reprits pas sa position normale.

M. H. B. Gill a traité avec le liniment iodé des abcès chroniques et a obtenu des résultats très satisfaisants. Plusieurs cas qui avaient été abandonnés comme incurables ont cédé à ce traitement.

M. W. H. Woodhouse, ne réclame pas la priorité pour sa communication sur cette opération, il a vu probablement des communications sur des sujets analogues, l'une d'elles a paru dans le *British Dental Association Journal*. Il y a un point qu'on ne devrait pas perdre de vue en faisant l'extraction de dents pour les réimplanter, ce sont les chances de fracture. Dans son propre cas, l'incisive latérale avait été si souvent obturée qu'il ne restait plus qu'une coquille, et en essayant de l'extraire on l'aurait fait éclater et rendue impropre pour la réimplantation.

ANOMALIES D'ÉRUPTION

M. J. H. Redman (de Brighton) communique un cas de non-éruption d'un grand nombre de dents et dit avoir déjà vu plusieurs cas de non-éruption, mais aucun où il manqua autant de dents. La première fois qu'il vit la patiente elle n'avait à la mâchoire supérieure que deux molaires de chaque côté, une canine mal placée, et une incisive centrale très cariée, et seulement quatre molaires à la mâchoire inférieure. La patiente avait 24 ans, et, étant assez jolie, elle était complètement défigurée par l'absence de dents. Toutes les dents qui avaient fait éruption étaient mauvaises, M. Redman les coiffa toutes avec de l'or, et posa un appareil dentaire en haut et un en bas. L'appareil ayant été porté quelque temps, la pression ou une autre cause amena l'éruption de la pointe d'une incisive inférieure, mais un an après elle était encore dans le même état. Une bicuspide fit également éruption mais dans un état si misérable qu'il fallut l'extraire de suite. Le père et trois sœurs de cette personne avaient de bonnes dents, et la mère d'assez bonnes.

M. Robbins demande si la malade jouissait de toutes ses facultés mentales, parce que, dans les trois cas qu'il observés, l'état mental de deux des patients n'était pas satisfaisant.

M. J. H. Redman répond que la jeune fille était très vive et très intelligente.

M. Storer Benett, en réponse à l'observation de M. Robbins, dit qu'il a vu un ou deux cas où il manquait beaucoup de dents sans que les facultés mentales aient été affectées. Il se rappelle plus particulièrement du cas de deux sœurs d'à peu près 35 ans, occupant des positions éminentes dans la société ; ces deux personnes étaient fort intelligentes. Il n'a jamais remarqué que la non

éruption des dents impliquât des facultés mentales défectueuses.

M. Hern demande si les dents temporaires étaient à peu près normales, et si le patient était un des membres les plus âgés ou les plus jeunes de sa famille. D'après des cas antérieurs, il semblerait que cela est plus fréquent chez les membres anciens.

M. Baldwin cite le cas d'un jeune homme de 20 ans qui n'avait, à la mâchoire inférieure, que quatre molaires de six ans (?) et deux incisives, il était le plus jeune de sa famille et était exceptionnellement vif et intelligent.

M. J. Redman répond que les dents temporaires étaient parfaites et étaient venues en temps ordinaire. La patiente était une fille cadette, son aînée avait des dents parfaites ainsi que ses deux sœurs plus jeunes.

DU CHAUFFAGE DE L'OR ADHÉSIF

M. W.-R. Humby détaille des expériences minutieuses qu'il fit, il y a quelques années, pour recuire l'or servant aux aurifications et qu'il a vérifiées en vue de cette réunion. D'après lui, ce n'est pas la chaleur qui altère les propriétés cohésives de l'or mais un traitement particulier.

M. Walter Coffin est d'avis qu'un cylindre formé de plusieurs fines lamelles d'or doit s'altérer si on le soumet à une température qui puisse le faire fondre.

M. H. Baldwin croit, d'après l'expérience générale, qu'un morceau d'or qui a tant soit peu sué n'adhère plus.

DENTS ANORMALES

M. Ashley Barett présente quelques dents extraites à l'hôpital. L'une est une insive inférieure, et provient d'une fille de 16 ans, cette dent a une corne sur la surface linguale ; la seconde est une seconde molaire droite supérieure et une troisième molaire supérieure droite, il désirait extraire la première et enleva les deux, la première tenant très fortement à l'autre par une union cémentaire.

La séance est levée.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

CONGRÈS DENTAIRE DE CHICAGO

Nous extrayons des règlements qui nous sont adressés par le comité exécutif les articles suivants qui comprennent les conditions d'admission et de communication devant le Congrès.

On remarquera que l'admission est subordonnée pour les membres étrangers à la caution des présidents et vice-présidents de chaque pays, que le droit de 10 dollars (52 fr. 50) n'est dû que par

les dentistes habitant les Etats-Unis et enfin qu'il est fixé un délai pour la remise des communications, afin de permettre aux secrétaires du Congrès de présenter aux congressistes un résumé de ces communications, système mis en pratique la première fois au Congrès de Paris.

RÈGLEMENT

Le prix d'admission au Congrès dentaire de l'exposition de Chicago sera fixé à 10 dollars (seulement pour les dentistes résidant aux Etats-Unis).

Toutes les communications devant être lues au Congrès devront être entre les mains du Comité de publication le 1er juillet au plus tard, elles ne devront pas demander plus de quarante-cinq minutes de lecture. Le dit comité aura pleins pouvoirs d'accepter ou de refuser n'importe quelle communication, revoir, indiquer une révision par les auteurs et publier, si bon leur semble, dans les comptes rendus, le tout ou partie des communications qui auront été lues ou les abrégés de ces communications.

Les langues officielles du Congrès seront : l'anglais, le français, l'espagnol et l'allemand, les communications seront imprimées, dans les comptes rendus, dans la langue dans laquelle on les lira.

Quand une communication aura été acceptée, le Comité préparera un court tableau synoptique qui sera publié dans les langues officielles du Congrès.

Après le 15 juillet 1893, toute demande de renseignements devra être adressée au quartier général du Congrès dentaire de l'Exposition, 300, *Michigan Avenue Chicago-Illinois*, au Dr A. O. Hunt, secrétaire du Comité exécutif général.

ADMISSIONS

Les dentistes désirant obtenir la qualité de membres, devront lire attentivement le règlement sur l'admission des membres des pays étrangers, et se pourvoir de lettres de créance avant de quitter leur pays; dans les cas où il n'est pas possible de se procurer l'évidence de l'éligibilité avant le 15 juillet 1893, les lettres de créance de ces personnes seront examinées par le président et le secrétaire général du Congrès à l'arrivée de ces personnes à Chicago.

Le devoir du Comité, en ce qui concerne l'admission des membres, sera de décider sur toute demande d'admission qui peut leur être soumise par le Comité d'enregistrement ou le trésorier.

Les membres seront des dentistes qualifiés et honorables (conditions du code de morale des Associations dentaires américaines) résidant aux Etats-Unis, ou d'autres membres scientifiques conviés par le Comité des invitations. Chaque membre a droit à un exemplaire des comptes rendus.

Tous les dentistes résidant à l'étranger qui désirent être membres du Congrès enverront leur demande au président honoraire ou aux vice-présidents de leurs pays respectifs qui auront le pouvoir de juger s'ils sont dans les conditions voulues.

Quand un candidat aura été accepté par le président honoraire et les vice-présidents ou par une majorité dans ledit pays, son nom sera transmis avant le 15 juillet 1893 au président du Comité d'enregistrement, qui enverra une carte d'admission comme membre sans plus de références.

Nous venons d'être avisés qu'il a été fondé, pour recevoir les dentistes étrangers visitant *The World's Columbian Foir*, un club spécial (Columbia Dental Club) 300, Michigan, avenue Chicago. L'ouverture a eu lieu le 1er mai. Les dentistes membres du Congrès peuvent faire adresser leur correspondance au Club.

M. Ch. Godon, vice-président du Congrès pour la France et M. Ronnet, représentant la *Revue Internationale d'Odontologie*, se tiennent à la disposition de leurs confrères pour leur donner des renseignements sur les conditions d'admission, de présentation d'instruments, d'appareils, de communications, ainsi que sur les conditions du voyage.

S'adresser à l'un d'eux :

M. Godon, 72, boulevard Haussmann.

M. Ronnet, 1, rue du Quatre-Septembre.

LES ÉCOLES DENTAIRES ET M. MAGITOT

Nous enregistrons ci-après les réponses faites par MM. Poinsot, directeur de l'Ecole Dentaire de Paris, et Damain, directeur de l'Ecole Dentaire de France ; ainsi que la note que M. Lereboulet a publiée dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, le journal où depuis douze ans M. Magitot attaquait ses confrères. Nos lecteurs remarqueront, comme nous-mêmes, que M. Lereboulet désavoue assez directement M. Magitot, en disant : qu'il a accepté l'insertion demandée par M. Magitot, et qu'il ne lui permet pas de continuer la polémique dans le docte journal qu'il dirige. Cela est très bien, et nous sommes heureux de ce résultat, d'autant plus que nous y avons bien une petite part.

L'article de M. Magitot est du 11 mars. La *Revue internationale d'Odontologie* le signalait à la profession le 26 du mois. *L'Odontologie*, journal officiel de l'Ecole Dentaire de Paris, ignorait cette grave attaque, car, bien qu'il parût le 3 avril, il ne la mentionnait même pas, et ce n'est que le 29 avril que la *Gazette hebdomadaire* insérait la réponse du directeur de l'Ecole Dentaire de Paris. Ces dates sont significatives.

La presse indépendante sert donc à quelque chose, même pour ceux qui la maudissent.

En résumé, le seul résultat de cette tentative a été pour M. Magitot de se rendre impossible pour représenter à quelque titre que ce soit les pouvoirs publics dans toute organisation officielle de l'Art dentaire.

Voici la note de M. Lereboulet et la réponse de M. Poinsot :

M. Poinsot, directeur de l'Ecole dentaire de Paris, nous adresse, avec une lettre fort courtoise, la note suivante. Nous avons accueilli l'article dont M. le Dr Magitot nous avait demandé l'insertion. L'impartialité nous fait un devoir d'accueillir de même la réponse de M. le directeur de l'Ecole dentaire de Paris et nous croyons devoir, après cette réponse, considérer comme définitivement close, dans ce journal, la controverse qui l'a motivée :

L. L.

Le Conseil de direction et le corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris protestent contre les appréciations de M. le docteur Magitot émises dans un article de la *Gazette hebdomadaire* (11 mars 1893).

En premier lieu, M. Magitot prétend que les écoles dentaires sont absolument dépourvues de tout caractère scientifique.

Pour l'enseignement théorique, nous avons parmi nos professeurs honoraires des médecins et des chirurgiens des hôpitaux, parmi nos professeurs en exercice des anciens internes et même, depuis quelque temps du moins, un agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

M. le docteur Magitot juge bien légèrement, il nous semble, la valeur scientifique de personnalités possédant de tels titres.

Pour l'enseignement pratique, nous avons comme professeurs des dentistes rompus de longue date au manuel opératoire de l'art dentaire.

Notre Ecole est reconnue comme équivalente aux Ecoles étrangères les plus sérieuses, par ces écoles elles-mêmes. Elle a plus de cent élèves, ce qui nous semble un argument assez important.

La Ville de Paris et le Conseil général lui accordent une subvention. Elle est reconnue d'utilité publique et nous avons, comme élèves, plusieurs docteurs en médecine.

Ces quelques raisons nous paraissent assez justes pour montrer que nous ne méritons pas le dédain dont voudrait nous accabler l'ancien président de la Société d'anthropologie.

D'ailleurs, nous avons pour nous l'appréciation flatteuse de MM. Verneuil, Trelat, P. Bert, Brouardel, Liard, Monod, nos présidents d'honneur. Il est vrai que M. Magitot ne veut tenir aucun compte de leurs jugements.

En second lieu, M. Magitot prétend qu'il existe sur les toiles-réclames de nos théâtres des annonces dans lesquelles les dentistes se parent du titre de professeur à l'Ecole dentaire.

Nous le mettons au défi de le prouver, tout au moins pour les membres appartenant à l'Ecole dentaire de Paris.

D'ailleurs, en admettant même, ce que nous ne pensons pas, qu'un membre ait en quelque sorte failli à la dignité professionnelle, il nous semble peu juste de la part de M. Magitot de nous attaquer à ce sujet.

Semblerait-il logique à qui que ce soit d'attaquer M. Magitot, docteur en médecine, parce qu'il existe dans les vespasiennes des annonces de docteur en médecine?

Quant au dernier reproche au sujet de l'Exposition universelle, il suffira de dire à tous ceux qui jugent impartialement que M. Magitot était précisément un de nos juges les plus importants et qu'on ne pouvait guère de sa part s'attendre à beaucoup de tendresse à notre égard.

Voici la réponse de M. Damain, qui fera sensation dans le monde professionnel :

Nos lecteurs ont clairement deviné, par l'article qu'ils viennent de lire (l'article de M. Magitot), que si M. le docteur Magitot avait été à lui tout seul « le Législateur », la loi qui régit les dentistes serait singulièrement modifiée.

Pour être membre de l'Académie de Médecine on n'en est pas moins homme, soumis humainement à de bien mesquines inspirations. On a accusé le Dr Magitot d'être ondoyant et divers, de pratiquer l'art dentaire et de s'en défendre, d'être rude aux humbles laborieux, de fonder des Sociétés fermées d'abord et ouvrant ensuite leurs portes à deux battants! C'est de l'exagération. Notre savant confrère, comme tant d'autres à qui il le reproche, aime purement et simplement la réclame,

et il la pratique, à son bénéfice, avec une habileté prodigieuse et une rare supériorité.

Voilà qui est établi pour tous.

Aussi n'y a-t-il pas lieu de s'émouvoir outre mesure d'une attaque passionnée dont le Conseil supérieur de l'Instruction publique appréciera consciencieusement la portée.

N'en déplaise à M. le Dr Magitot, ce Conseil, de même que le Parlement, saura faire la part des hommes de bonne volonté et des efforts qu'il ont multipliés pour relever le niveau d'une profession qui a l'honneur de compter au nombre de ses membres un membre de l'Académie de médecine. Il ne s'associera certainement pas aux dédains exprimés par le collaborateur éminent de la *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie.*

Ce n'est pas d'un trait de plume (imprimé en petits caractères, sous forme de renvoi, au bas d'une page), que les Membres du Conseil supérieur décréteront que les écoles dentaires fondées à Paris n'ont aucune valeur et ne rendent aucun service. Il est probable, et il faut l'espérer, qu'ils se rallieront, au contraire, à l'opinion du Gouvernement, qui les a reconnues comme Etablissements d'utilité publique, et qu'il consultera, avant de se prononcer, le doyen de la Faculté de médecine. N'est-ce pas, en effet, ce collègue de M. Magitot qui a dit à la Chambre des Députés, lorsqu'il parlait de l'enseignement spécial à créer : « *Nous en trouverons facilement les éléments dans les écoles dentaires existantes* ? » M. le Dr Brouardel n'a pas été dentiste comme M. Magitot. Nous pouvons avoir confiance en lui!

Nous sommes également persuadé que les malades indigents qui, par centaines, reçoivent gratuitement, tous les jours, des soins dans nos cliniques, ne seront pas des témoins à charge pour M. Magitot.

Son réquisitoire est un acte fort irrespectueux. Il fait litière des efforts tentés par des vivants et supprime les inoubliables services rendus par d'illustres morts. C'est une injustice et même une mauvaise action que commet M. le Dr Magitot, en dénigrant, de parti pris, l'œuvre collective et très respectable d'honnêtes gens qui, sans autre appui que leur bonne volonté, leur foi dans l'avenir et leur inaltérable dévoûment, sans autres ressources que les sacrifices de temps et d'argent qu'il ont su s'imposer, ont pris l'initiative de créer des centres d'enseignement, lesquels, s'ils n'ont d'autre mérite, auront au moins celui d'avoir été le point de départ d'un mouvement en faveur de l'instruction technique qui nous manquait et que la nouvelle réglementation va rendre obligatoire. Certes, nous n'avons pas la prétention d'être impeccables et nous savons que ce que nous avons tenté est appelé à subir des modifications importantes, mais, à defaut du prestige scientifique que nous refuse M. le docteur Magitot, nous avons apporté à notre œuvre un zèle sans borne et tout à fait désintéressé. La plupart d'entre nous ont eu l'ambition saine de doter la France d'établissements scolaires professionnels dignes de rivaliser avec ceux de l'étranger. Nous avons mille raisons de croire que le but visé a été atteint.

M Magitot insinue que des indignes ont eu l'impudeur de se servir, en des lieux suspects, de leur titre pour attirer l'attention publique. Mais en quoi cela peut-il atteindre la dignité des autres? On rencontre des charlatans partout, même dans les plus doctes assemblées! Les membres des corps enseignants de nos écoles sont suffisamment connus et appréciés. Ils n'ont pas besoin d'être défendus! Mais à quoi bon insister? A quoi bon nous préoccuper d'attaques aussi malveillantes?

Faut-il encore répondre par exemple à ce reproche adressé à l'une des

deux écoles d'avoir pris rang d'exposant à l'Exposition Universelle de 1889 et de ne pas avoir obtenu de récompense ?

M. Magitot, membre du jury, et dont l'impartialité éclate dans son article, pourrait, mieux que personne, dire à quelles influences on doit attribuer cet échec !

Que voulez-vous, M. le Dr Magitot est d'avis que tout ce qui se fait en France, en dehors de lui, est inférieur à ce qui se fait à l'étranger. C'est sa façon à lui d'encourager les efforts de ceux qui furent ses confrères, toute proportion scientifique gardée. Il exerce une profession, en retire évidemment de légitimes et beaux bénéfices ; mais c'est dans le silence du cabinet qu'il exerce ! Dès qu'on publie son autorité en matière de dents, dès qu'on fait mine de le classer, même très haut, parmi ceux qui ont illustré la dentisterie française, il se fâche tout rouge, répudie ses confrères malgré lui, déclare mordicus qu'il n'appartient qu'à l'Académie de médecine, à l'Anthropologie, et qu'il n'a foi que dans la Stomatologie !

Mais alors, dira-t-on, comment se fait-il que M. le docteur Magitot prenne si souvent la peine de parler des affaires de gens qu'il méprise si fort et qui ne lui demandent rien, au contraire.

Il a donc un but ?

Parbleu !!

.... ??

C'est le secret de Polichinelle.

Ed. Damain, ✿,
Directeur de l'Ecole Odontotechnique.

LIVRES ET REVUES

Formulaire pratique pour les maladies de la bouche et des dents, par G. Viau, professeur à l'Ecole Dentaire de Paris, président de la Société d'Odontologie de Paris, vice-président de l'Association générale des Dentistes de France. Société d'Editions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.

Parmi les nécessités de pratique, en est-il de plus évidente que l'établissement d'une formule ?

C'est pour y satisfaire que les pays qui nous ont devancés dans l'organisation professionnelle possèdent depuis longtemps ce répertoire de première utilité Kleinmann. *Recept-Taschenbuch für Zahnartze*, 1874. Stocken, *Dental matéria médica*, 1877. Gorgas, *Dental Médecine*, 1884.

Certains lecteurs indulgents diront peut-être que la première édition de mon *Aide-mémoire* leur a, dans cet ordre d'idées, rendu quelques services. Nous les en remercions. Cela était loin d'être suffisant, et en 1893 les dentistes ont besoin d'une œuvre d'ensemble mise au point.

Le petit livre de M. Viau a des mérites incontestables et nous n'y ferons que des reproches sans gravité. Dans ce genre de travail, le danger est l'abondance. Il est aisé de collecter des formules, il est plus difficile de les bien choisir. Le praticien fera plus difficilement la sélection que l'auteur qu'il a pris pour conseil, et c'est pourquoi nous aurions souhaité qu'une critique un peu plus sévère éliminât les formules surannées et certaines nuisibles. Pouquoi l'alun, pour-

quoi les excipients sucrés figurent-ils si souvent dans les formules reproduites par M. Viau ? Leur nocivité est pourtant bien établie. Nous regretterions que les dentistes formulassent souvent le gargarisme suivant :

Acide chlorhydrique . . .	1 gr.
Miel rosat.	30 gr.
Eau.	250 gr.

F. S. A.

En gargarismes contre les aphtes.

La poudre dentifrice suivante donnée comme « *poudre dentifrice des syphilitiques* », ne me paraît pas non plus répondre à des indications bien précises et la conservation intégrale de l'émail des dents ne me semble pas devoir en résulter.

Craie préparée pulvérisée. .	40 gr.
Chlorate de potasse . . .	20 gr.
Bichromate de potasse. . .	20 gr.
Salol	4 gr.
Essence de cochléaria. . .	2 gr.

M.

Laissons le bichromate de potasse aux électriciens, et nous, dentistes, n'ajoutons pas au malheur des vérolés, en leur décalcifiant les dents.

La publication de plusieurs centaines de formules peut bien donner lieu à quelques erreurs. Dans le livre de M. Viau l'ensemble est bon, la classification par ordre pathologique facilite la recherche. Un semblable formulaire n'existe pas en français. Pour toutes ces raisons, nous sommes assurés qu'il aura, auprès des dentistes, le succès que les formulaires de Bouchardat, puis celui de Dujardin-Beaumetz, ont eu auprès des médecins.

NOUVELLES

L'IMPÔT SUR LES PATENTES

Le Sénat puis la Chambre des députés ont décidé définitivement que nous serions tondus un peu plus court.

Voici le texte qui a été adopté.

« Par exception, les patentes des professions libérales seront passibles du taux du douzième, au lieu du quinzième, pour tous les locaux soumis au droit professionnel ;

» 1° Lorsque, exerçant leur profession à Paris les contribuables occuperont, soit dans cette ville, soit ailleurs, des locaux imposables d'une valeur locative totale de plus de 4.000 fr.

» 2° Lorsque, exerçant leur profession dans une autre ville de plus de 100.000 âmes, ils occuperont, soit dans cette ville, soit ailleurs, des locaux imposables d'une valeur locative de plus de 2.000 fr. le texte primitif fixait à 3.000 fr. pour Paris la limite entre l'impôt au 12e et l'impôt au 15e.

Voilà toute la différence entre les premières propositions et la loi adoptée définitivement. » On notera aussi, que cette augmentation porte non seulement sur ceux qui ont 4.000 francs de loyer professionnel, mais encore sur tous les praticiens qui, en dehors de celui-ci, payent un loyer d'habitation personnelle, à la ville ou à la campagne.

Quand donc ces augmentations successives, — et nous ne sommes pas au bout, — éclaireront-elles les Français sur le parasitisme de l'Administration. Quand sera-t-on convaincu qu'étendre le domaine des budgectivores c'est demander à être tondu ?

Grenouilles demanderez-vous toujours un roi ?

BANQUET LE LA SOCIÉTÉ CLINIQUE DES PRATICIENS DE FRANCE

Le banquet annuel de cette Société a donné lieu à une manifestation en l'honneur de notre ami et ancien collègue le Dr Aubeau, président sortant. La *Clinique française* publie le compte rendu de ce banquet et nous sommes heureux de lui faire les emprunts suivants.

Le Dr Le Bec, président de la Société parla surtout de la Clinique française et de l'hôpital international qui en est la suite. Nous détachons de son allocution le passage suivant.

Je l'ai trouvé à la tête de deux entreprises considérables : la fondation de notre Société et la fondation de la Clinique française. Cette dernière présentait des difficultés presque insurmontables. Il faut un haut degré de volonté tenace et une confiance en soi-même très justifiée, du reste pour aborder une pareille entreprise. Presque unique en son genre à Paris, elle ne peut pas manquer d'être en but à la critique de nombreux adversaires. Il s'agit, en effet, d'entrer en lutte avec des institutions jouissant à juste titre d'une réputation longuement méritée ; avec des hommes de savoir dignes en tout point de la confiance des élèves ; ces grandes difficultés, qui auraient rebuté plus d'un, n'ont point arrêté le docteur Aubeau. Il s'est jeté courageusement, tête baissée, dans la lutte, et tout fait penser aujourd'hui qu'il en sortira avec honneur.

. . . .

Après lui le Dr Jouin prit la parole.

Je suis ici, messieurs, du moins je le crois, le plus ancien camarade de notre ami le docteur Aubeau. Nos relations remontent au temps, hélas ! déjà lointain, de notre volontariat.

Nous arrivions à la caserne, pleins d'enthousiasme et de bonne volonté, mais combien peu au courant de nos nouveaux devoirs ! L'asti-

quage du fusil, l'organisation du paquetage, la confection du lit militaire sont parfois des choses bien difficiles; et comme les caporaux français ne transigent pas avec le service, nous n'étions pas toujours sans angoisses devant les premières inspections.

Notre camarade Aubeau était, heureusement pour tous, au courant de ces corvées. Bravement il avait porté sur les champs de bataille de Patay le galon d'or du sous-officier.

Et ce fut de la meilleure grâce, qu'il se chargea de nous instruire, qu'il s'appliqua à faire de nous des soldats exemplaires.

Il travaillait déja sans ambition et ne savait pas rechercher les honneurs. Pour ma part, j'étais caporal quand je quittai la chambre commune et l'ancien sous-officier de la grande guerre sortit simple soldat, ce qui fut une réelle injustice.

Je tiens à le proclamer aujourd'hui.

Après avoir remercié ses confrères de la manifestation touchante dont il était l'objet, M le Dr Aubeau exposa les idées directrices qui le guidaient. Nous sommes heureux de retrouver chez l'ancien professeur de l'Ecole dentaire de Paris la défense de la liberté, la critique éloquente du fonctionnarisme et nous ne pouvons résister au plaisir de citer le passage suivant :

Quoi qu'il en soit, les sociétés civilisées tendent de plus en plus à l'enregimentement, au fonctionnarisme, et, si cela continue, on peut prévoir une époque rapprochée où elles n'auront plus rien à envier à la caserne. En haut un état-major autocrate, puis des officiers subalternes, des sous-officiers, des caporaux, enfin, tout à fait en bas, la masse des soldats voués à l'obéissance passive.

Or si cette organisation est excellente, si elle est indispensable pour la défense nationale, on ne nous fera jamais admettre qu'elle soit applicable à toutes les branches de l'organisation sociale. On ne nous fera jamais admettre en particulier qu'un tel régime soit l'idéal du milieu d'évolution intellectuelle.

L'intelligence ne peut progresser que par l'émancipation, l'indépendance, la liberté.

. . . .

Ce que les trois indépendants demandent à l'évolution sociale actuelle, ce n'est pas le droit d'injure et de démolition, c'est simplement le droit d'initiative. Les indépendants professent avant tout et surtout le respect mutuel, mais ils exigent la réciprocité. (Applaudissements répétés).

Ils saluent le mérite partout où il se trouve, ils s'inclinent devant les situations légitimement acquises et noblement remplies, ils vénèrent les initiateurs, les éducateurs, ceux qui méritent véritablement le nom de maîtres; indépendance n'exclut pas reconnaissance.

Ils acceptent l'Administration dans ce qu'elle a d'utile, mais ils protestent contre son esprit d'asservissement, d'inertie et d'oppression.

Ils protestent contre le règne des fonctionnaires dont l'intolérance est précisément en raison inverse de la puissance et croît, par conséquent du premier ministre au garde champêtre.

Ils refusent l'adoration aveugle, le silence imposé, l'improductivité forcée, le laisser faire et le laisser dire. Ils estiment que, dans les batailles, l'obscur soldat peut se montrer aussi valeureux et plus valeureux que le capitaine.

(La Clinique française.)

Nous apprenons à la dernière heure que MM. Godon et Ronnet ont été, par décision du Ministre du Commerce en date du 23 mai, accrédités pour assister au Congrès dentaire de Chicago.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS

Le jeudi 4 mai, M. Léon Grimbert, professeur de Chimie à l'École dentaire de Paris a soutenu, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse ayant pour sujet : *Fermentation anaérobie produite par le* bacillus orthobutylicus; *ses variations sous certaines influences biologiques.*

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE SUISSE

La Société odontologique suisse vient d'avoir, à Zurich, sa réunion annuelle. Le comité pour 1892 était composé comme suit :

MM. le prof.-Dr Billeter (de Zurich), président; Witzig (de Bâle), vice-président; P.-A. Kölliker (de Zurich), trésorier; Gerster (de Berne), secrétaire; Heidenhauss (de Genève), vice-secrétaire; Roussy (de Genève), et Wild (de Zurich), assesseurs.

Ce comité a été réélu pour l'année courante.

Dans la séance administrative, d'importantes questions d'ordre intérieur ont été discutées, puis la société, ratifiant le choix du comité, a chargé notre concitoyen M. L. Roussy de présenter au Congres international de Chicago les salutations des dentistes suisses.

Les conférences et démonstrations ont été suivies avec beaucoup d'intérêt et après une charmante excursion sur le lac et un banquet d'adieu à l'hôtel Victoria on se sépara en se donnant rendez-vous à l'année prochaine à Lucerne.

LES DENTISTES ET LES APPRENTIS

Il y a peu de temps un dentiste de Halifax (Angleterre) fut cité en justice pour rupture d'un contrat d'apprentissage : on lui réclamait 1.250 fr.

Le plaignant disait que son fils avait été chez le dentiste à peu près un an et qu'au bout de ce temps il le lui avait renvoyé.

Le défendant assura que le jeune garçon n'avait aucune aptitude et qu'il se croyait en droit de le renvoyer. Le jugement lui fut favorable.

Un autre cas fut plaidé à Sheffield. L'apprenti réclamait 50 francs comme dommages et pour obtenir le dédit de son contrat d'apprentissage, parce qu'il ne recevait pas les instructions de sa profession auxquelles il avait droit.

Le différend était soulevé en invoquant la loi de 1875 sur *les patrons et employés* mais le juge se déclara incompétent, ce cas n'étant pas prévu par la juridiction. Après discussion, le procès fut annulé, sans frais à condition, que les choses n'iraient pas plus loin.

(The British Journal of Dental Science.)

VOL. 2. JUIN 1893 N° 6

REVUE INTERNATIONALE

D'ODONTOLOGIE

A NOS CONFRÈRES

La *Revue Internationale d'Odontologie* a accompli sa première année d'existence, le succès a été croissant et a dépassé nos plus grandes espérances.

En consultant le sommaire des douze numéros publiés, on se convainc de la nécessité de cet organe indépendant qui a conquis une place à part dans la presse professionnelle.

Le travail à pont, les différentes applications de l'électricité, le traitement rapide de la carie pénétrante par le colbalt, par la potasse caustique, l'opportunité de l'extraction de la molaire de six ans, l'orthopédie dentaire, la situation légale des dentistes devant la nouvelle loi, les conditions de l'enseignement de l'art dentaire ont surtout fait l'objet d'études approfondies, qui ont permis à nos lecteurs de se faire une opinion sur les différents sujets qui s'imposent à leurs préoccupations.

Nous avons justifié notre titre de *Revue Internationale*, en tenant les dentistes français régulièrement au courant de ce qui se fait dans les Sociétés étrangères, et nous sommes heureux de citer dans cet ordre d'informations, les comptes rendus des Sociétés Suisses par M. R. Thioly, celui des séances de la *Société Odontologique de la Grande-Bretagne*, qui n'ont d'analogues dans aucun journal.

Les congrès de Chicago et de Rome nous trouveront préparés pour fournir des comptes rendus spéciaux faits par ceux de nos collaborateurs qui nous représenteront à ces congrès. MM. Godon et Ronnet pour Chicago; MM. Dubois et Heidé pour le congrès de Rome.

A l'exemple des journaux médicaux nous avons donné un compte rendu des sociétés professionnelles, de manière à mettre à la portée de tous les présentations qui y sont faites et les discussions qu'elles suscitent.

L'appréciation des livres et publications sur l'art dentaire a eu dans notre revue une place importante, nous l'étendrons encore à l'avenir, afin de servir la diffusion de toute publication résultant d'un travail sérieux.

Dans notre premier numéro nous faisions appel à nos confrères de province, cet appel a été entendu, on a remarqué les contributions qui nous sont venues de ce côté, parmi elles, nous sommes heureux de mentionner spécialement les articles éminemment pratiques, de notre collaborateur, M. Foulon.

Un journal est une œuvre collective faite par ses rédacteurs et par tous ceux qui l'aident moralement et matériellement. Cet aide ne nous a pas manqué. L'immense majorité de nos confrères indifférente ou ignorante des dissentiments politiques et personnels, s'est rapidement rendu compte que nous servions, comme par le passé, les idées de progrès et de solidarité professionnels. Cela lui suffisait.

Jusqu'à ces derniers temps l'information scientifique et technique, ne préoccupait qu'une élite elle devient indispensable à tous. On la trouvera dans cette *Revue*.

La Rédaction.

ACCIDENTS ÉLOIGNÉS D'ORIGINE DENTAIRE

Par M. P. Dubois.

(Extrait de *l'Aide-mémoire du chirurgien-dentiste*)

Si dans nombre de cas les affections dentaires ne donnent lieu qu'à des accidents siègeant sur l'organe malade et son voisinage immédiat, comme ceux mentionnés dans la première partie de cet ouvrage, il n'en est pas toujours ainsi, et, soit la violence du désordre primitif, soit le mauvais état général, les accidents prennent une mauvaise tournure : troubles régionaux et même généraux, de la plus grande gravité ; des affections chroniques rebelles. On doit avoir présent à l'esprit que la littérature professionnelle a enregistré un certain nombre de morts causées par des affections du système dentaire.

Les lésions osseuses ne seront pas étudiées ici. (Voyez *Maxillaires*.

La carie compliquée, les anomalies, notamment l'évolution vicieuse de la dent de sagesse, la périodontite expulsive et toutes es propagations inflammatoires et accidents secondaires des causes

ci-dessus tels que les nécroses, l'empyème du sinus, la fluxion, sont les causes les plus fréquentes des accidents.

Nous les examinerons dans l'ordre suivant :

1° Stomatites;
2° Adénites;
3° Phlegmons et fluxion dentaire ;
4° Fistules ;
5° Accidents oculaires;
6° Accidents de l'oreille;
7° Accidents nerveux.

1° STOMATITES

Les propagations inflammatoires vers le plancher de la bouche, la langue, les amygdales, le pharynx et même les parties supérieures de l'appareil respiratoire ont été observées. Dans plusieurs cas, en présence de menaces de suffocation imminente, la trachéotomie a été pratiquée [1]. Les dents antérieures ne donnent lieu que rarement à cette extension, tandis que les molaires et principalement la molaire de sagesse inférieure cariée, ou évoluant vicieusement en est la cause la plus fréquente.

Les parties voisines de la région postérieure de la cavité buccale subissent surtout le retentissement des accidents dentaires, la constriction des mâchoires favorise la rétention du pus, l'envahissement des produits infectieux, l'affaiblissement des phénomènes de phagocytose (Joseph).

L'inflammation peut se compliquer de sphacèle (voir *Gangrène de la bouche*), donner naissance à un phlegmon. L'angine, la stomatite peu intenses et sans constriction des mâchoires cèdent facilement à l'éloignement de la cause et à une médication topique détersive et antiphlogistique.

2° ADÉNITES

Syndrome pouvant résulter des différentes manifestations pathologiques. Consécutivement aux affections dentaires et buccales communes, l'adénite est un accident bénin et fréquent.

Les ganglions qui reçoivent les lymphatiques de la cavité buccale sont :

1° Les ganglions sous maxillaires, placés immédiatement au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure.

Ces ganglions sont en communication avec les ganglions parotidiens, sterno-mastoïdiens ; un ganglion souvent détaché se rapproche de la ligne médiane (ganglion sus-hyoïdien médian), celui de droite est en rapport par un ou plusieurs vaisseaux avec celui de gauche. Les ganglions sous maxillaires reçoivent les lymphatiques

---

1. Sudour, *Relation d'un cas de phlegmon grave développé au voisinage d'une dent cariée*, *Arch. de Méd. et de Pharm. Milit.* 1885, p. 404.

des téguments de la face, de la gencive inférieure, de la muqueuse buccale, des glandes sublinguales et sous maxillaires.

2° Les ganglions parotidiens situés à la surface et dans la profondeur de la parotide reçoivent les vaisseaux de la mâchoire supérieure et de la muqueuse du sillon vestibulaire ; un d'eux détaché du groupe principal se trouve sur le trajet du canal de Sténon (ganglion préauriculaire).

Il est fréquent chez les enfants et les adolescents de voir à la suite d'affections dentaires même légères survenir des adénites.

L'adénite dans les cas qui nous occupent est presque toujours indolente, sans caractères inflammatoires accusés.

Chez les sujets prédisposés elle est très tenace et elle persiste souvent après que la cause a été éloignée. Le traitement de l'affection initiale, l'emploi d'une pommade résolutive peut amener la résorption :

Iodure de potassium	4 gr.
Vaseline	20 gr.

pour onctions douces et prolongées sur la région du ganglion engorgé (Aubeau).

S'il y a fluctuation, la seule ressource est une incision évacuatrice, elle doit être de très petite dimension pour dissimuler la cicatrice.

Les adénites résultant de nécroses, de tumeurs, de diathèses (tuberculose, syphilis, etc.) ne sont pas justiciables de ce traitement.

3° FLUXION DENTAIRE ET PHLEGMON

Selon sa gravité on distinguera la fluxion en :

Fluxion œdémateuse ;

Fluxion avec phlegmon circonscrit ;

Fluxion avec phlegmon diffus.

Son siège habituel est la joue, rarement le plancher de la bouche, elle est alors plus grave. Les rapports vasculaires de la joue et de la partie inférieure de la face avec les dents sont nombreux. Aussi nombre d'inflammations, même peu intenses, ont-elles des propagations de ce côté. La fluxion en est la forme commune. Sa cause la plus fréquente est la périostite alvéolo-dentaire.

A l'état œdémateux elle se caractérise « par l'infiltration albumineuse du tissu cellulaire qui, de feutré qu'il était, devient lâche » et se pénètre d'une masse tremblotante gélatiniforme. Seulement » au milieu de ces éléments on n'observe aucune altération de » substance, aucune modification du diamètre et du contour des » vaisseaux, aucune trace de leucocytes. Elle a pour physionomie » particulière de se produire avec une extrême rapidité, en quel- » ques heures par exemple, et de se dissiper parfois avec la même » rapidité. » (Magitot, Fluxion dentaire, *Dict. Encyc. Sc. méd.*)

L'enflure de la face peut être assez étendue, sans que pour cela l'inflammation ait un caractère fâcheux ; il en est ainsi de celles qui

succèdent aux injections sous-gingivales de cocaïne. A ce degré la fluxion est dépressible par le doigt, la peau n'est ni tendue, ni luisante, il existe un peu de gêne aux mouvements de la joue, mais pas de douleur. Si la cause est bénigne, si elle n'est pas entretenue, la fluxion œdémateuse se résorbe rapidement, sa durée maximum est de deux jours.

Sous l'action d'une cause existante quelconque, froid, traumatisme, elle peut se transformer en fluxion avec *phlegmon circonscrit*. Celui ci peut s'établir en quelque sorte d'emblée. Alors on observe tous les phénomènes de la suppuration : production active de globules blancs et leur migration à travers les parois des vaisseaux, puis formation d'un exsudat fibrineux qui s'indure et donne la sensation d'un noyau résistant. Le pus collecté s'ouvre une issue généralement dans le vestibule de la bouche, exceptionnellement à la peau; cette formation se fait en deux ou trois jours. Les premières phases sont assez douloureuses, l'évacuation provoquée ou spontanée du pus est le signe de la fin prochaine de la crise, la durée est au plus de huit à neuf jours. Il n'y a guère de fluxion un peu intense sans formation de pus, l'indication thérapeutique en découle. L'extension de l'irritation aux muscles voisins est assez fréquente ; elle est fâcheuse par le ténesme musculaire et la constriction consécutive des mâchoires, qui augmentent le champ de l'infection dans la cavité buccale, entravent le lavage, l'alimentation, l'expulsion des liquides et détritus pathologiques.

Nous avons déjà dit la tendance de la collection purulente à s'ouvrir dans le sillon gingivo-labial; quand la cause est une dent de la mâchoire supérieure, cela tient à la moindre résistance de la muqueuse comparativement à celle des muscles de la joue à la hauteur du sillon vestibulaire qui n'est séparé des racines que par un mince rebord alvéolaire, à la tendance du liquide purulent à gagner les parties déclives.

Cette topographie spéciale détermine des phlegmons circonscrits, des accidents du côté du sinus, du côté de l'œil, des névralgies de la cinquième paire, rarement des phlegmons diffus.

Il n'en est pas de même des complications ayant pour origine l'une des molaires inférieures; l'épaisseur du bord alvéolaire, l'implantation profonde des racines, dont l'apex se trouve placé au-dessous du sillon vestibulaire, le voisinage du masseter, des phtérygoïdiens, les lois de la pesanteur et les obstacles notés ci-dessus, donnent lieu à un assez long séjour du pus ou à son évacuation moins directe, aussi les désordres sont plus étendus et plus graves; si la fistule cutanée est rare, quand le désordre émane d'une dent supérieure, elle devient beaucoup plus fréquente consécutivement aux affections des dents inférieures, notamment de la molaire de sagesse.

Le phlegmon circonscrit est somme toute bénin, son danger réside dans les fusées purulentes qu'il peut créer, dans la transformation en la variété décrite ci-après.

Le *phlegmon diffus* est une complication grave il se produit quand

le pus a gagné les parties profondes et que le malade est dans des conditions organiques mauvaises : notamment quand il est alcoolique, syphilitique, tuberculeux, diabétique, albuminurique, etc.

Son siège de prédilection est au plancher de la bouche et à la région sus-hyoïdienne, il ne se distingue guère de l'angine de Ludwig dont on a voulu faire une entité morbide.

La complication est due à l'entrée en scène d'éléments infectieux, à la localisation profonde du pus, à la direction des aponévroses qui entourent les organes importants limitrophes, à « l'abondance » des vaisseaux lymphatiques de la région qui forment une chaîne » ininterrompue descendant de la région sous-maxillaire jusque » dans l'aisselle avec les vaisseaux sous-claviens et dans le médiastin » avec les gros troncs brachio-céphaliques » (Descubes, *Des phlegmons diffus cervicaux d'origine dentaire*) au voisinage de veines importantes, véhiculant les produits infectieux, à la déglutition du pus; ces causes réunies créent une intoxication septique aiguë.

Dans le phlegmon diffus la tuméfaction est considérable et assez dissemblable à celle de la fluxion œdémateuse simple ou avec phlegmon circonscrit; au palper on perçoit un large gâteau empâté, ramolli souvent par places, et présentant le phénomène de la fluctuation, mais diffuse et profonde. Tardivement le tissu cellulaire se sphacèle et l'on peut constater une crépitation emphysémateuse due à la présence des gaz dans les parties abcédées.

« La peau de la région, *rosée au début* (signe pathognomonique), » prend par le progrès de l'affection des teintes plus foncées. A » une période avancée la rougeur inflammatoire se marbre de pla- » ques livides et bleuâtres annonçant la mortification ; en même » temps une ou plusieurs phlyctènes apparaissent, remplies de sé- » rosité louche et disséminées sur ces plaques gangréneuses. » (Descubes, *loc. cit.*)

La constriction des mâchoires est plus ou moins prononcée, mais elle ne fait jamais défaut. La langue est saburrale d'abord, puis rouge, enfin noire et cornée. Des troubles généraux accompagnent les désordres locaux : fièvre avec frissons irréguliers, insomnie, délire, diarrhée, vomissements.

Dans un cas de Diffembach, de Berlin, le pus fusa dans le médiastin, et apparut, après incision, entre les extrémités des troisième et quatrième côtes.

L'établissement d'une fistule cutanée serait un fait favorable.

On ne confondra pas le phlegmon diffus avec l'adénite sous-maxillaire qui est une affection relativement bénigne, et le plus souvent à allure chronique.

Dans le phlegmon diffus l'aggravation est rapide et la mort survient généralement en deux ou trois jours.

L'extraction de la ou des dents malades sera profitable, elle ne peut suffire, et l'intervention chirurgicale s'impose pour parer aux menaces de suffocation pour pratiquer les incisions profondes que la profondeur et l'étendue du foyer purulent rendent nécessaires.

4° FISTULE

Nous avons déja parlé à propos de la périostite avec abcès alvéolaire (*Thérap. carie dentaire*, p. 158) des fistules, principalement des fistules gingivales qui sont une complication bénigne de la carie dentaire du 4e degré.

Les fistules cutanées qui succèdent aux phlegmons, aux adénites, aux nécroses des maxillaires sont plus graves. Les causes qui donnent naissance aux phlegmons agissent de même pour créer un exutoire permanent au foyer purulent, et la région sous-maxillaire est généralement le siège de l'ouverture fistuleuse. Néanmoins la partie supérieure de la joue (région parotidienne) n'en est pas exempte, les incisives et les canines supérieures mortifiées peuvent donner lieu à une fistule intra-nasale ou cutanée siégeant près de la narine ou même à la région sous orbitaire. Ces dernières sont généralement liées à un accident secondaire l'empyème du sinus maxillaire.

La fistule a généralement une ouverture extérieure unique, parfois elle bifurque et forme deux orifices. Pietkiewicz cite un cas où l'on en observait douze siégeant sur le côté droit, depuis le sommet de la tête jusqu'à la clavicule. *(De la périostite alvéolo-dentaire.)*

Les obstacles qui provoquent les ouvertures éloignées de la source dans le phlegmon, agissent de même pour les suppurations chroniques et Dolbeau observa une fistule d'origine dentaire dont l'orifice siégeait au cou vers l'insertion-sternale du sterno-mastoïdien, Salter vit l'abcès d'une prémolaire s'ouvrir au dessous de la clavicule.

« Les fistules d'origine dentaire donnent passage à un liquide séro-purulent que recouvre une petite croûte jaune plus ou moins épaisse. D'autres fois il y a comme une sorte de boursouflure de la peau, qui est violacée rougeâtre et amincie sur une certaine étendue. » (Pietkiewicz, *loc. sit.*)

Le trajet fistuleux est constitué par une paroi indurée donnant la sensation de cordon indiquant la direction du trajet ; celui-ci est rarement direct et cela peut masquer l'origine dentaire de la fistule, d'autant plus que l'exploration buccale peut ne rien montrer de suspect. S'il y a des séquestres, des morceaux de racines ils peuvent être recouverts par de la gencive saine, s'il s'agit d'une dent ou d'une racine celles-ci peuvent avoir cessé de provoquer de l'odontalgie, la percussion même être indolore — le pus n'exerçant plus de compression sur l'organe malade.

L'exploration à l'aide du stylet, l'injection d'eau par l'ouverture extérieure, la dilatation préalable à l'aide d'une petite tige de laminaire, ou même d'une mèche d'ouate saupoudrée de poudre de laminaire, permettront de préciser le point de départ du trajet fistuleux.

Dans des cas exceptionnellement favorables le traitement de la

carie compliquée supprimera la fistule. Pour une incisive inférieure ayant causé une fistule sous mentonnière M. Chauvin a pratiqué avec succès la réimplantation. En règle générale l'extraction des dents et racines mortifiées s'impose quand même elles ne seraient pas douloureuses à la percussion.

Nombre de fistules cutanées sont la conséquence d'applications de cataplasmes, de pommades résolutives employées pour combattre les fluxions, de retards dans l'emploi des moyens chirurgicaux le traitement ou l'avulsion de la dent malade. Nous avons fait disparaître des fistules cutanées datant de plusieurs années sans autre opération que l'extraction de dents ou racines suspectes ; les injections irritantes, l'opération de Chanaignac qui consistait à transposer l'orifice fistuleux de la peau à la muqueuse sont contre-indiquées. La disparition de la dent, de la racine, du séquestre osseux effectuée, la fistule se tarit d'elle-même en deux ou trois semaines. Des injections antiseptiques auront des effets adjuvants utiles.

5° ACCIDENTS OCULAIRES

L'œil et les dents ont des rapports nombreux, rapports de voisinage, nerveux, vasculaires, lymphatiques. Les molaires et prémolaires supérieures, les canines — ces dernières dans une assez faible proportion — sont les dents les plus susceptibles de causer des accidents oculaires. Les molaires de la mâchoire inferieure ont été mentionnées dans quelques cas exceptionnels au même titre. (Observation de Decaisne, de Turlinck Courtaix, *Rech. cliniques sur les relations pathologiques entre l'œil et les dents*, Th. de Paris, 1891.)

Sur les 20 observations d'accidents inflammatoires recueillies par l'auteur précité, 18 siégeaient à la mâchoire supérieure, 2 à la mâchoire inférieure. Dans dix cas la dent avait été spécifiée 2 fois les prémolaires, 8 fois la première molaire, 6 fois la seconde; sur 100 observations d'accidents nerveux, en comptait 37 fois les molaires, 7 fois les canines, 1 fois les incisives. La dent de sagesse figure 7 fois, 4 en bas, 3 en haut.

Les hommes ont été atteints, 15 fois, les femmes 7. C'est surtout de 20 à 30 ans qu'on a observé les accidents; on remarquera qu'ils coïncident avec la plus grande fréquence des accidents dentaires.

Les propagations inflammatoires directes ou les irritations à distances indirectes ont été observées.

L'irritation périphérique des nerfs dentaires peut retentir sur l'une des trois branches du trijumeau, branche ophtalmique, maxillaire supérieur, maxillaire inférieur, et se manifester soit par des névralgies dentaires ou faciales, soit par des troubles oculaires.

La fréquence des accidents d'origine dentaire a créé un axiome en ophtalmologie : que tout traitement d'une affection de l'œil devait avoir pour corollaire celui des dents malades. Seul, ce dernier a triomphé souvent d'affections rebelles pour lesquelles on avait

employé toutes les ressources de l'oculistique. Des inflammations aiguës intenses, telles que les fluxions phlegmoneuses, ne donnent lieu qu'à des accidents passagers; les affections chroniques, au contraire, peuvent, à la suite des altérations osseuses, s'étendre au canal lacrymal, à l'os inguis et au sac lacrymal, se propageant par un système de canalicules intra-osseux occupant cette partie de la face (Parinaud).

Les accidents de dentition, — ceux de la molaire de sagesse exceptés, — ne figurent guère dans les statistiques publiées et sur 8.000 malades M. Despagnet n'a observé que deux cas de kérato-conjonctivite causée par la dentition.

Chez les jeunes enfants on a accusé l'éruption de la première dent de causer de la blépharo-conjonctivite.

Les accidents les plus graves sont ceux qui dérivent de l'état pathologique du sinus maxillaire (qu'ils résultent de l'inflammation ou d'accidents d'extraction), ils peuvent provoquer le phlegmon de l'orbite, l'amaurose, l'exophtalmie.

Les accidents nerveux s'observent plus souvent que les accidents inflammatoires par propagation directe.

Les troubles les plus fréquents sont les amblyopies et les troubles de l'accommodation, la mydriase et le myosis, la périorbite et l'exophtalmie, les spasmes et paralysies des muscles des paupières et du globe oculaire, les maladies phlycténulaires de la conjonctivite, les ulcères de la cornée et l'hypopyon, l'iritis et l'iridochoroïdite, le glaucome, l'amaurose (Courtaix). Nous noterons en terminant que des phénomènes inverses ont été mentionnés, et que des affections oculaires ont déterminé des odontalgies sur des dents saines.

6° ACCIDENTS DE L'OREILLE

Les dents ont des rapports moins directs avec l'oreille qu'avec l'œil, toutefois des troubles auditifs passagers ont été observés. Les molaires de sagesse de la mâchoire inférieure sont surtout suspectes à cet égard.

De simples otalgies, des bourdonnements et aussi des salpingites par propation d'une inflammation à l'isthme du gosier et à la trompe d'Eustache sont les accidents les plus connus. L'influence nerveuse par irritation du trijumeau ou du glosso-pharyngien explique les otalgies d'origine reflexe.

7° ACCIDENTS NERVEUX

Ils se localisent habituellement sur les différentes branches du trijumeau, néanmoins on a noté des troubles des centres nerveux.

Les affections dentaires jouent un rôle tellement important dans l'étiologie des névralgies faciales, qu'on a proposé de les diviser en: névralgie de cause dentaire, et celles de cause inconnue. Toutefois la prédisposition nervosique doit entrer en ligne de compte. L'odon-

talgie, douleur localisée dans la dent, ne se confondra pas avec la névralgie.

L'action directe a été observée par Tomes dans un cas où le simple attouchement de la pulpe d'une première molaire supérieure suffisait à provoquer l'injection de la conjonctive, un larmoiement abondant et de la salivation, mais pour les raisons déjà exposées, le rapport entre la douleur névralgique et les dents malades est souvent très indirect et le diagnostic étiologique exige l'examen le plus attentif. La douleur peut siéger à la mâchoire supérieure et la cause provenir de l'inférieure, le contraire a été constaté ; on a même observé (Pietkiewicz) une localisation du côté opposé à la dent malade ; la dent ou racine cause de névralgie peut très bien ne provoquer aucune douleur à la percussion ou au choc thermique, ne donner lieu à aucune inflammation gingivale. Nous avons déjà signalé (*Thér. Carie dentaire*) que les douleurs odontalgiques provoquées par la pulpite et la périostite étaient de localisation peu précise ; cela est encore plus vrai pour la névralgie.

Les caries compliquées, que la lésion siège à la pulpe, au ligament ou au cément et leurs désordres concomitants en sont la cause habituelle, les anomalies de siège, d'éruption, les accidents de dents de sagesse peuvent agir dans le même sens.

M. Ferrier accuse les caries du deuxième degré de provoquer des névralgies faciales ; cela est exceptionnel et il faut pour cela que la carie non pénétrante ait donné lieu à une dégénérescence pathologique de la pulpe. La névralgie faciale peut se manifester par des douleurs diffuses sur la plus grande étendue du trijumeau ou sur les points limités de l'une de ses branches.

D'après Tomes les points électifs douloureux sont pour la branche ophtalmique ; point *a* — *sus-orbitaire*, *b* — *palpébral* sur la paupière supérieure, *c* — *nasal* à la partie supérieure et latérale au nez. Pour la branche maxillaire supérieure *a* — le *sous-orbitaire ; b* — *le malaire* au bord inférieur de l'os ; *c* — *le palatin* au point d'émergence du palatin antérieur ; *d* — le foyer alvéolaire.

Pour la branche maxillaire inférieure *a* — *temporal* situé un peu en avant de l'oreille *b* — *le dentaire inférieur*, *le lingual et le labial* nous y ajouterons *le trou mentonnier*.

Elle est généralement unilatérale et ce n'est qu'exceptionnellement qu'on la constate de deux côtés.

Des troubles trophiques peuvent résulter de la névralgie faciale d'origine dentaire et par une action en retour déterminer : des odontalgies, une atrophie des ligaments alvéolo-dentaires avec chute prématurée des dents.

Les phénomènes principaux sont une douleur fixe plus ou moins intense, intermittente, avec retour plus ou moins régulier, des paroxysmes ou accès douloureux ; ils sont éveillés par la plus légère cause, et parfois provoquent des phénomènes congestifs dans la zone du nerf intéressé : Rougeur, chaleur, battements artériels, enfin, lorsque la névralgie dure depuis longtemps, il peut se produire des contractions cloniques de certains muscles de la face, très douloureuses.

L'attaque cesse aussi brusquement qu'elle apparaît. Les crises sont plus fréquentes le soir que dans la journée. Certains états physiologiques et pathologiques prédisposent aux accès de névralgie dentaire, la menstruation, la grossesse, le paludisme, la syphilis, etc. alors il est difficile à faire la part de l'état général et de la lésion locale. La médication doit etre établie en conséquence. Les douleurs névralgiques d'origine dentaire peuvent s'étendre à d'autres nerfs du trijumeau et on a signalé la convulsion épileptiforme (Portal), la chorée (Monro), la folie (Esquirol).

TRAITEMENT

La coexistence d'une névralgie faciale et de dents malades met le praticien dans l'obligation de soigner celles-ci d'une manière radicale Il devra aussi se refuser à l'extraction immédiate de dents saines, quand même elle serait réclamée par le malade.

D'une manière banale les patients accusent la névralgie et se refusent à reconnaître l'origine dentaire de leurs douleurs afin d'éviter l'intervention opératoire du dentiste, le contraire s'observe et de véritables névralgiques espèrent mettre un terme à leurs souffrances intolérables en se faisant arracher successivement toutes leurs dents. L'extraction d'une dent ayant toutes les apparences de la santé ne doit se faire qu'à bon escient et qu'après avoir mis à contribution toutes les ressources de la thérapeutique. Dans ces cas le traitement sera institué de concert avec le médecin. On n'oubliera pas que des phénomènes de pulpite chronique notamment la calcification précoce de la pulpe, d'exostose, une anomalie peuvent être une cause cachée de névralgie, et dans quelques cas exceptionnels l'avulsion d'une dent ayant les caractères extérieurs de la santé sera faite. Dans une observation que nous devons à l'obligeance de M. Prével l'extraction de vingt-six dents peu ou point cariées mit fin à des douleurs intolérables [1].

Des opérations graves peuvent résulter de la névralgie du trijumeau névrotomie résection osseuse ce n'est qu'après échec avéré du traitement dentaire qu'on y aura recours.

La révulsion par le froid chlorure d'éthyle, chlorure de méthyle ont des effets auxillaires heureux, ainsi que la médication interne à l'aide de la quinine, de la gelsémine, de l'aconitine, de l'antipyrine la morphine, la valériane, le chloral.

Nous disons plus loin quelques mots sur les névralgies non dentaires. (Voir *Névralgie du trijumeau.*)

---

1. Sera publié par la *Revue Internationale d'odontologie.*

UN CAS DE FISTULE CUTANÉE D'ORIGINE DENTAIRE

Par M. Heidé,

Ex-professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Pendant mon séjour à la campagne en septembre 1892, on me consulta pour un enfant de huit ans environ, qui souffrait depuis 8 mois de maux de dents suivis de fluxions et d'adénite suppurée de la région sous-maxillaire.

D'une manière générale, l'enfant jouissait d'une bonne santé, il était dans de bonnes conditions hygiéniques, ses frères et sœurs également, les parents sont de robustes campagnards. Aussi faut-il écarter toute influence héréditaire ou diathésique. Ce petit malade avait été soigné par des médecins des villages environnants, qui firent des extractions de molaires de lait, puis après plusieurs essais infructueux de traitement de l'adénite, abandonnèrent le malade, en disant, à ce que rapportaient les parents : qu'il souffrait des humeurs froides et que le temps le guérirait.

En Beauce, les médicastres ne sont pas entièrement disparus et on eut recours à un « marcou » (le septième fils d'une même famille), qui, d'après la superstition acceptée dans le pays, a le pouvoir de guérir les maux en posant la main sur la partie malade. Le « marcou » ne fut pas plus heureux que les doctes médecins et le mal empirait avec le temps.

Lors du premier examen, le 19 septembre, je constatais un gonflement considérable avec induration de la joue droite, la peau de la région sous-maxillaire était très tendue, lisse, rouge en général, violacée par endroits. La fluctuation et les signes extérieurs indiquaient, d'une manière manifeste, l'existence d'une collection purulente, se faisant difficilement jour par deux fistules, l'une antérieure, dure, avec des bords fongueux; l'autre postérieure à deux centimètres en arrière, avait des bords plus réguliers. Une croûte solide masquait les deux orifices. A l'intérieur de la bouche on constatait au milieu de tissus tuméfiés un séquestre mobile, logé dans le sillon gingivo-labial; les bords de la plaie buccale étaient assez nets. La premiere grosse molaire existait, ainsi que la première petite molaire permanente, elles étaient non cariées, mais toutes les deux étaient très chancelantes; les dents temporaires avaient été arrachées au début de la maladie.

N'ayant pas assisté au début des accidents, je n'avais que des indications assez vagues sur leur origine.

Pourtant, quelques commémoratifs recueillis sur le mauvais état des dents temporaires et leur extraction par les médecins qui avaient soigné l'enfant avant moi, sur les fluxions consécutives, donnent sérieusement à penser que cette nécrose était d'origine dentaire.

Traitement. — Quelle qu'ait été l'origine, l'indication thérapeutique était nette; elle consistait en débridement de la gencive

pour atteindre la portion d'os nécrosé ; le séquestre fut saisi à l'aide d'une pince il fut enlevé assez aisément. L'écoulement sanguin qui suivit l'opération fut tout d'abord assez abondant il ne nécessita pourtant pas l'hémostose.

L'excavation laissée à la suite de l'opération était assez grande pour y loger la pulpe du doigt. La plaie nettoyée je fis des injections avec la solution suivante :

Créosote.	5	grammes
Iodure de potassium.	1	—
Teinture d'iode.	25	—
Alcool	25	—
Eau.	500	—

Et un pansement à la gaze iodoformée.

A l'extérieur je lavais les fistules et la joue avec de l'eau phéniquée. Si j'avais eu les instruments nécessaires, curettes et sondes, j'aurais ouvert davantage les fistules pour curetter les parties mortifiées et les trajets fistuleux, j'aurais pu enlever immédiatement les fongosités qui se trouvaient à l'orifice de la fistule ; la guérison aurait été plus rapide. Je me suis borné à faire un pansement à sec avec de la gaze iodoformée.

Le 20 septembre. — L'enfant est revenu à 9 heures du matin ; il avait passé une bonne nuit, pas de fièvre. Le pansement intra-buccal fut enlevé, je m'aperçus alors qu'il s'était produit une suppuration de bonne nature, du pus un peu épais et de couleur jaune franche. Je pratiquai un lavage à l'eau phéniquée et procédais à l'enlèvement du pansement extérieur. Le liquide d'injection sortit par les deux fistules, le foyer se trouva donc détergé d'une manière parfaite ; quand le liquide passe, l'enfant se plaint d'une sensation de cuisson à l'intérieur de la joue. Le pansement à l'iodoforme est d'abord fait à l'intérieur de la bouche, ensuite la joue et le cou sont bien essuyés pour placer le pansement extérieur.

Ces soins sont faits quatre fois par jour.

Le 21 septembre. — Le jour où j'ai quitté le pays, j'ai refait le même pansement une fois alors j'ai trouvé la plaie à l'intérieur d'un meilleur aspect, les bords étaient plus nets et moins rouges ; à l'extérieur la peau était moins violacée ; la partie tendue était devenue flasque et avait l'apparence de revenir à la circulation normale.

Tout était en bonne voie. Je recommandai de m'amener l'enfant à Paris une semaine après.

Le 1er octobre. — Pendant les dix jours d'intervalle, la plaie à l'intérieur s'est beaucoup améliorée, tandis que la suppuration continue par les fistules. La tuméfaction de la joue diminue un peu. J'examine de nouveau et je ne trouve pas les dents consolidées. Craignant qu'elles entretiennent l'inflammation je conseille l'extraction. Avec une sonde j'explore par les fistules tout l'angle de la mâchoire, aussi bien à sa face extérieure qu'à sa face intérieure, l'os est privé de son périoste. Nous décidons d'intervenir plus radicalement en pratiquant l'avulsion des dents chancelantes et en faisant

un curettage de l'os nécrosé. Pour cette opération l'anesthésie était nécessaire. Le lendemain, notre distingué maître et ami le Dr Aubeau donna le chloroforme, puis il débrida avec le bistouri les tissus placés entre les fistules, il enleva à l'aide de la curette tranchante les fongosités qui tapissaient les trajets des parties molles et la surface du maxillaire.

Pour le curettage des maxillaires j'ai modifié notablement la forme des curettes. Celle reproduite par la figure 1 m'a rendu les plus grands services.

Un tampon d'ouate appliqué dans la plaie arrêta le suintement sanguin, puis on fit le pansement avec la gaze iodoformée.

Le 3 octobre. — Injection par la bouche avec un irrigateur; le jet sortait largement par l'extérieur.

Le 4 octobre. — Même traitement.

Le 12 octobre. — Une semaine est passée et je revois l'enfant. L'enflure de la joue a diminué et au toucher on perçoit des modifications notables, l'induration diminue. Dans la plaie à l'extérieur il y de plus en plus formation de bourgeons charnus; nous attouchons le trajet fistuleux sur toute sa longueur avec du nitrate d'argent, en répétant l'application trois fois par semaine. Comme nous n'osons pas laisser le crayon dans la main du père, nous prescrivons une solution de 5 gr. nitrate d'argent cristallisé pour 30 gr. d'eau distillée; un morceau de bois entouré d'ouate et trempé dans ce liquide sert aux pansements. L'intérieur de la bouche a bon aspect. J'examine le malade le 2 novembre avec l'espoir de le trouver guéri. Il n'en est pas tout à fait ainsi. Le liquide ne passe plus; la cicatrisation de la bouche est complète. A l'extérieur, le bourgeonnement persiste, ni plus grand, ni plus petit, quoique la plaie soit touchée tous les deux jours avec la solution de nitrate d'argent. Je conseille de revenir à Paris encore une fois, ce qui fut décidé. Malgré cela le voyage est différé.

Vers le 10 novembre un second séquestre se fait jour spontanément en arrière de la région sous-maxillaire et à quelque distance des trajets fistuleux. Il était constitué par l'angle même de la mâchoire, ainsi que l'indique la figure suivante. La cicatrisation se fait ensuite rapidement.

Au mois d'avril 1893, cinq mois après la sortie du dernier séquestre, j'ai été à même de revoir mon petit malade. La bouche et la joue ne montraient plus de traces du désordre, si ce n'est l'absence des deux dents. La santé générale était parfaite.

Quelques remarques intéressantes découlent de cette observation. Il est probable que des molaires de lait ont donné lieu à de la suppuration diffuse et à une ostéite qui ont eues comme conséquence l'arrêt de développement des racines de la deuxième biscupide et de la première grosse molaire permanentes. Les dents de lait disparues, la nécrose a été entretenue et aggravée par les dents mal formées qui se sont rapidement mortifiées.

Les médecins traitants n'ont pas vu que les dents affectées secon-

dairement avaient des signes de mortification, que les séquestres devaient être éloignés et que la guérison était à ce prix. Un premier sequestre a été enlevé par nous, le second a été expulsé spontanément c'est parce que, croyons-nous, le milieu s'était modifié favorablement, par l'éloignement de la cause secondaire, par l'extraction des dents mortifiées, par l'assainissement des parties molles et de la portion du maxillaire nécrosé.

Le malade avait été traité sans succès pendant huit mois, on l'avait abandonné en mettant les accidents au compte de la scrofule (humeurs froides), c'est-à-dire de la tuberculose, et c'est nous, dentiste, qui avons pu faire enquête sur la véritable nature du désordre et avons été assez heureux pour le faire disparaître.

SOCIÉTÉS ODONTOLOGIQUES

CORRESPONDANCE SPÉCIALE DE LA *REVUE INTERNATIONALE D'ODONTOLOGIE*

COMPTE-RENDU DU CONGRÈS DENTAIRE DE ZURICH (Mai 1893)

Par A. Thioly-Regard, D. E. D. P.

Cette année, la ville de Zurich avait été choisie comme lieu de réunion des membres de la Société Odontologique Suisse, à l'occasion de la huitième assemblée générale annuelle de cette Société, convoquée pour les 6, 7 et 8 mai dernier.

La première séance est ouverte le samedi, 6 mai, à quatre heures de l'après-midi, dans la vaste salle située au-dessus des bureaux et dépendances de la Banque fédérale.

M. le Dr Pr Billeter, de Zurich, président de la Société, donne, d'abord, connaissance d'un télégramme de cordiales salutations envoyé par M. Herbst; puis, après, il prononce un discours de bienvenue et retrace les principaux faits qui se sont passés depuis la dernière assemblée générale tenue à Bâle l'année précédente. Au rappel du décès de leur regretté collègue Mayer, d'Yverdon, les membres présents se lèvent en signe de deuil. Ensuite la séance administrative continue; en laissant de côté les questions d'ordre local et les détails, il conviendrait, peut être, de résumer brièvement les principaux incidents et résolutions.

Le Comité sortant est réélu à une très forte majorité, particuliè-

rement la réélection à la présidence du savant et loyal docteur-professeur Billeter, est saluée par d'unanimes applaudissements.

MM Heidenhauss et Roussy, de Genève, sortent avec honneur de l'épreuve du scrutin ; également, M. Roussy se voit confirmer, par l'assemblée générale, dans le mandat dont il avait été pressenti en réunion du Comité à Berne, de représenter officiellement les dentistes Suisses au Congrès dentaire universel de Chicago et de saluer, en leur nom, leurs confrères américains.

Une proposition présentée par la section de Zurich, au sujet des mesures à prendre contre la « réclame », soulève un vif débat qui aboutit à la décision de ne pas tolérer, dans les journaux, des annonces répétées et non motivées, en rayant d'office de la liste des membres de la Société tout sociétaire qui, après un premier avertissement du Comité, continuerait à se faire annoncer dans la presse quotidienne.

D'autre part, la section de Lucerne se voit, à regret, obligée de signaler à l'assemblée le fait qu'un dentiste lucernois, membre de la Société Suisse, par ses excès de langage contre ses collègues, de même que par ses prix dérisoires de bon marché, porte préjudice au prestige professionnel; une discussion s'engage à ce sujet, à la suite de laquelle l'assemblée décide de considérer le membre incriminé comme démissionnaire.

La séance administrative étant close, la soirée se termine en réunion familière au café Saint-Gothard.

Le lendemain matin, à 9 heures, les congressistes étaient réunis dans la même salle que la veille pour suivre les communications et les démonstrations pratiques inscrites au programme.

M. le Dr Krönlein, professeur de chirurgie à l'Université de Zurich, fait une très intéressante conférence sur « les dangers de porter des pièces de prothèse dentaire » ; il débute en faisant l'historique des différentes causes accidentelles, inconscientes et même volontaires, donnant lieu à l'introduction de corps étrangers dans le pharynx et l'œsophage, ainsi que dans le larynx et la trachée; il explique les phénomènes produits par ces corps étrangers, les symptômes qu'ils occasionnent et les divers moyens de diagnostic au moyen du doigt, du laryngoscope, de la sonde œsophagienne et du cathéter à boule et à tige de baleine. Ces généralités une fois établies, le professeur Krönlein aborde la question au point de vue professionnel et, d'une façon très courtoise, tout en reconnaissant les bienfaits de la prothèse dentaire, en évitant les exagérations auxqu'elles un tel sujet aurait pu donner prise, il montre les dangers que font courir des petits appareils défectueux et relâchés lorsqu'ils sont gardés pendant le sommeil.

Il tire de sa pratique quatre cas qui méritent d'être brièvement relatés:

1° Dans la nuit du 15 au 16 décembre 1880, une femme âgée de 30 ans, se présente à la Policlinique chirurgicale de Berlin où le docteur Krönlein était alors interne, elle déclare avoir avalé une petite pièce artificielle de deux dents; en effet, le diagnostic fait

percevoir la présence d'un corps dur arrêté à la partie moyenne de l'œsophage et l'appareil put heureusement être retiré sans opération à l'aide de la sonde œsophagienne. Cet appareil n'était plus solidement ajusté, il manquait tout un côté qui avait été cassé et que par négligence cette femme n'avait pas fait réparer;

2° Une jeune dame, âgée de 21 ans, originaire de Bludenz (Vorarlberg), portait depuis dix-huit mois un petit appareil de trois dents qu'elle quittait chaque soir avant de se mettre au lit, mais pour la seule fois qu'elle oubliât de l'enlever, le 1er mars 1888, à une heure après minuit, elle l'avala; la douleur l'ayant subitement réveillée elle constata la disparition de sa pièce. Au matin, elle se rend à la clinique de Zurich où, après des tentatives infructueuses d'extraction, il fut décidé de procéder à l'œsophagotomie. Cette opération pratiquée le même jour à deux heures de l'après-midi, permit de retirer l'appareil; la guérison était complète un mois après;

3° Une femme de Zurich, âgée de 32 ans, mère de trois enfants, dans la nuit du 29 au 30 décembre 1892, en dormant, avale une petite pièce artificielle de deux dents qui s'arrête dans l'œsophage; comme cette personne souffrait d'un asthme, l'anesthésie générale n'est pas proposée; du reste, elle supporte courageusement l'œsophagotomie, opération qui est pratiquée le 30 décembre 1892 au matin et qui permet d'extraire l'appareil; la guérison se fit rapidement.

L'œsophagotomie n'est pas dangereuse à la condition de prendre les précautions antiseptiques ordinaires et de conduire avec prudence et habileté l'incision et la dissection des tissus de la région qui sont très riches en artères, veines et nerfs, le champ opératoire commençant au-dessus du cartilage cricoïde pour se terminer au niveau de l'insertion sternale du muscle sterno-cléïdo-mastoïdien;

4° Le 3 janvier 1883, un journalier de Winterthour, âgé de 36 ans, avale un appareil de 4 dents, aussitôt il se déclare une douleur très intense. Pendant cinq jours il ne peut s'alimenter qu'avec de faibles quantités de lait et de bouillon. Le sixième jour survient une hémorragie qui l'oblige à se faire recevoir à l'hôpital de Zurich, à ce moment il est très pâle et très affaibli. L'incision de l'œsophage a lieu sans narcose le 9 janvier, elle permet de retirer la pièce artificielle qui s'était placée en travers, une des dents avait perforé le conduit œsophagien. Le patient se montre des plus satisfait de l'opération, il se croit hors de toute inquiétude, quand quelques jours après une violente hémorragie se déclare, rien ne peut l'enrayer, le malade s'affaiblit chaque jour davantage, il tombe bientôt en syncope et s'éteint le 24 janvier. L'autopsie démontra que ce dénouement fatal avait été occasionné par l'hémorragie de l'artère thyroïdienne interne.

Dans les exemples ci-dessus, le diagnostic a pu être fait, et la place exacte de ces corps arrêtés dans l'œsophage a été reconnue sans difficulté; mais il n'en est pas toujours ainsi et en cas de doute il vaut mieux remettre toute opération qui ne paraîtrait pas ur-

gente. A ce propos, le professeur Krönlein cite l'observation suivante : une dame avait fait une chute dans son appartement, elle vint le trouver dans un état de frayeur difficile à dépeindre déclarant avoir avalé son appareil et ressentir une vive douleur dans la région sternale, pourtant après un examen minutieux, faute d'indice, il lui fut conseillé de prendre patience et de revenir ; quelques jours après, cette personne accourait toute joyeuse en apportant son appareil qui, au moment de sa chute avait été projeté au loin et que l'on avait retrouvé sous un meuble.

Pour terminer, l'éminent conférencier donne quelques chiffres de statistique qu'il croit exacts étant le résultat de ses recherches laborieuses dans la littérature chirurgicale. Il y a trouvé que depuis 150 ans les principaux écrivains mentionnent 120 opérations d'œsophagotomie ; depuis 25 ans, 43 de ces opérations ont été nécessitées à la suite du passage de pièces dentaires dans l'œsophage ; elles ont été couronnées de succès dans 33 cas, contre 10 décès, ce qui porte la mortalité à 20 0/0.

Comme les accidents de déglutition de pièces artificielles se déclarent le plus souvent pendant le sommeil, le professeur Krönlein engage les dentistes à bien recommander, lorsqu'ils placent un appareil, de le quitter avant de se mettre au lit.

La partie pratique du programme commence avec *M. L. C. Bryan*, docteur-dentiste de Bâle, qui procède à l'aurification d'une incisive centrale supérieure gauche fortement cariée, dont il s'agit de faire la reconstruction. Le fond de la cavité est obturé avec un peu de ciment dans lequel sont creusés de petits sillons pour retenir quelques petits blocs d'or cristallisé de Watts qui sont rapidement condensés; ensuite, l'aurification est continuée avec des fragments de rubans d'or, globe cohésif n° 4, les feuilles repliées 4 fois sur elles-mêmes ce qui fait en réalité du n° 16. La reconstruction terminée a fort bon aspect, elle a demandé trois heures d'un travail assidu, elle s'étend du bord gingival mésial au bord gingival distal en passant par la couronne (reconstruction bucco-linguo-approximo-incisale).

M. Bryan présente également quelques instruments perfectionnés, parmi lesquels on remarque : Un maillet Bonwill, modifié pour utiliser les pointes condensatrices de Rouche ; un maillet pneumatique, actionné par une pompe à air ajustée sur un tour à fraiser ; un miroir à bouche avec bande circulaire en nickel de un demi centimètre de hauteur, très utile pour retenir les débris d'obturations qui tombent sous le coup du fouloir ; un autre miroir à bouche très ingénieux, formé d'un petit manche très court supportant un cercle d'environ 10 centimètres de diamètre, fait avec un fil métallique de peu d'épaisseur sur lequel glisse un petit miroir qui peut se placer à n'importe quel angle en se fixant à l'aide d'une vis à la tige ; il est très utile pour les aurifications linguales étant facilement maintenu en place par le client et l'opérateur n'est nullement gêné comme cela arrive avec les autres modèles à manche droit.

M. P. A. Kolliker, de Zurich, lit une communication sur les tra-

vaux techniques, il s'étend plus spécialement sur la forme et la position que doivent occuper les crochets ou anneaux lorsqu'ils sont indispensables pour maintenir les pièces partielles. Des figures agrandies et coloriées contribuent à fixer l'attention des auditeurs et permettent de suivre les explications avec plus d'intérêt.

Vu l'heure avancée, midi étant sur le point de sonner, la séance est levée pour permettre aux dentistes de se rendre chez M. Wild, un des plus sympathiques membres du Comité qui les reçoit avec la plus grande amabilité, leur fait visiter en détail son cabinet dentaire, monté d'une manière confortable au point de vue du matériel et de l'outillage professionnels, y comprise l'installation des plus récents modèles d'appareils électriques destinés à produire la lumière et la force motrice.

A midi trois quarts, tous étaient réunis à « l'hôtel Baur, au Lac », pour assister au banquet officiel. Au dessert, M. le docteur professeur Billeter porte le toast à la patrie et donne également lecture d'un télégramme adressé par la Société des médecins-dentistes de Francfort qui envoie ses confraternelles salutations aux dentistes Suisses.

Un bateau à vapeur, spécialement mis à la disposition des congressistes, les transporte ensuite à la presqu'île d'Au, point élevé surplombant le lac de Zurich et ses rives populeuses, d'où la vue est magnifique. La soirée se termine, au retour, par une réunion familière au café Kropf.

Le lundi, 8 mai, à 9 heures du matin, dernière réunion dans le même local que les jours précédents; on entend, en premier lieu, la lecture d'une dissertation *de M. Locher*, de Saint-Gall, sur les aurifications avec l'or cristallisé de Watts, il en fait ensuite la démonstration pratique en aurifiant la carie profonde d'une cavité coronale de la première molaire inférieure gauche. Son procédé consiste à faire adhérer l'or en cristal sous forme de blocs en enfonçant un certain nombre de fois dans la masse cristallisée, jusqu'à tassement complet, la pointe d'un excavateur ordinaire auquel il imprime un mouvement de rotation d'un quart de tour; avant l'introduction d'un autre bloc, chaque bloc est successivement condensé au moyen d'un fouloir pour or cohésif. Avant de commencer l'aurification, M. Locher avait eu soin de panser le fond de la cavite avec un boulette de coton imbibée d'hélénine, une substance antiseptique dont il vante les multiples propriétés.

Simultanément, un autre fauteuil était utilisé par un dentiste hongrois, *M. F. Nagy*, de Kronstadt, qui démontrait la méthode d'aurification mixte or mou et extra-cohésif.

M. Witzig, de Bâle, a reçu un grand nombre de pièces que M. Herbst, de Brême, a choisies dans son musée à l'intention des membres de la Société odontologique Suisse. Outre plusieurs spécimens de travaux à pont et couronnes estampées, on remarque quelques dents aurifiées, méthode rotative, parmi lesquelles se trouve la dent qui fut aurifiée l'année dernière au mois de mai, par M. Herbst, lui-même, à l'Ecole dentaire de Paris, de même que

trois dents maintenues dans un bloc de plâtre laissant dépasser les parties coronales et dont la reconstruction incitale des trois couronnes fut pratiquée avec rotation, or cohésif en 36 minutes.

M Witzig explique le procédé expéditif préconisé par M. Herbst pour confectionner sans estampage, de petits appareils à plaques métalliques, construits au moyen d'une feuille extra-mince d'or platiné ou plutôt de platine doré qu'il applique minutieusement avec un brunissoir sur toutes les anfractuosités du modèle; un petit fil aplati est exactement ajusté à la pince sur la feuille pour donner plus de solidité et pour retenir la soudure; les dents artificielles étant préalablement adaptées et contreplaquées, le revêtement une fois sec, le tout est chauffé, puis il fait fondre plus ou moins de soudure suivant la force et l'épaisseur qu'il veut donner à la plaque.

M. Heidenhaus, de Genève, dit que ce n'est pas la première fois qu'il entend parler de la possibilité d'établir une plaque sans être obligé de couler des moules et contre-moules, il se souvient avoir vu (lors du Congrès international de Paris, en 1889) M. Michaëls faire une pièce en métal sans estamper la plaque, par simple pression des doigts en se servant de l'or gaufré à stries profondes quadrillées préparé par la maison Contenau et Godart fils.

M. P. Guye, D. D. S., de Genève, pense que la grande quantité de soudure que ce système nécessite, peut avoir pour résultat d'occasionner passablement de retrait en faussant la plaque.

Cette opinion est également partagée par M. le professeur Billeter qui, cependant, ne veut pas se prononcer avant que l'expérience en ait démontré la justesse.

M. G. Stoppani, de Zurich, lit un mémoire sur les couronnes en or et les pièces à pont, puis il soumet et fait circuler de mains en mains toute une série d'instruments spéciaux utilisés pour ces genres de travaux, tels que: fraises, forêts, pince à contour de Robinson et autres... de même qu'une quantité de dents avec couronnes d'or, des pièces à pont posées sur des empreintes en plâtre, etc., etc.

M. E. Muller, D. D. S., de Lenzbourg, dont l'esprit inventif est toujours en éveil, arrive à chaque Congrès avec des modèles variés et toujours nouveaux de différentes sortes de couronnes d'or et de travaux à pont. Il expose plusieurs instruments modifiés par lui, tels que: pinces, béquettes, pince à écraser les crampons, outil à river, de même que des appareils de bridge-work fixés au moyen de pivots fendus à gaine, de leviers, de ressorts à boule ou genouillère soit petits boutons ronds à cloisons élastiques entrant de force dans une capsule métallique à bord proéminent cimentée dans la chambre pulpaire des molaires.

M. A. Gysi, D. D. S., de Zurich, met obligeamment à la disposition de ses collègues sa riche collection photographique comprenant une grande variété de photogravures avec fort grossissement de divers organes en voie de formation et de différents exemplaires de tissus dentaires sains ou pathologiques.

M. A. Biber, de Pforheim, présente des couronnes d'or estampées d'une seule pièce. Il préconise l'idée, dans le but de gagner du temps et de simplifier le travail, de n'avoir qu'une seule forme de couronne de grosse molaire, dont il est loisible d'en estamper quelques-unes d'avance et qui servirait pour tous les cas, quitte à les diminuer de hauteur ou bien de les cintrer ou encore de les évaser suivant le volume du collet de la dent à remplacer. Il indique qu'en faisant fondre de la poix blanche dans l'intérieur d'une couronne d'or, il est possible de marteler une ou deux cuspides qui gêneraient l'articulation, la poix empêche l'or de se fendre et de se fausser, elle s'enlève facilement en chauffant la couronne.

M. J. Künzli, de Lucerne, termine la partie démonstrative du programme en montrant un appareil simple à cuve électrolytique pour la galvanoplastie, il donne la description du procédé usuel qu'il emploie pour métalliser des empreintes, pour dorer des pièces de prothèse. Il soumet à l'auditoire une certaine quantité de spécimens comprenant des plaques, des modèles, des moules et contre-moules obtenus au moyen du galvanisme.

Avant de se rendre au banquet d'adieu servi à l'hôtel Victoria, quelques-uns profitent des quelques minutes qu'ils ont devant eux pour se diriger vers le dépôt dentaire de MM. Kolliker et Cie, où ils peuvent voir fonctionner un électro-moteur à suspension, marchant avec une batterie de quatre accumulateurs; cette machine, construite avec beaucoup de soin par un électricien de Bâle, fait bonne figure et peut rivaliser avec les meilleurs modèles américains.

De là, un saut nous transporte dans la partie supérieure de la ville, chez le fidèle trésorier de la Société, M. P. A. Kolliker, qui nous fait admirer l'organisation intelligente et pratique de son laboratoire et de ses salles d'opérations. Un moteur à eau de la force d'un quart de cheval transmet le mouvement dans toutes les parties de l'appartement et fait marcher les tours de l'atelier, les tours à fraiser, les pompes à air et à salive. Un certain nombre de pièces curieuses et de moulages sont également soumis à notre examen; parmi ceux-ci un modèle en plâtre d'un maxillaire supérieur possède de chaque côté, gauche et droit, une incisive latérale surnuméraire, bien en place dans l'arcade et, toutes deux, identiquement semblables aux incisives normales.

A une heure et demie, le banquet d'adieu réunissait, une dernière fois, les dentistes Suisses qui, en se quittant, prennent pour l'année prochaine rendez-vous à Lucerne.

P.-S. — Au moment d'envoyer ce compte-rendu, je lis dans un journal Suisse qu'un nouveau décès, consécutif à la déglutition d'un appareil de prothèse, vient de se produire et augmenter d'un cas la liste établie plus haut par le compétent professeur Krönlein.

Voici comment l'accident est rapporté :

« L'autre jour est morte à l'hôpital de l'Isle, à Berne, une femme
» qui avait avalé son dentier en dormant. Le médecin chercha à
» le retirer par l'œsophage; n'y parvenant pas, il le fit descendre

» dans l'estomac pour l'en extraire en ouvrant ce viscère. Pendant » l'opération, le dentier déchira les tissus; il y eut empoisonnement du sang et la malheureuse mourut dans d'atroces souffrances. »

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 6 juin 1893.

Présidence de M. Viau.

De l'expansion des arcades dentaires comme moyen préventif de la carie interstitielle

M. Francis Jean. — Les quelques mots que je vais vous dire aujourd'hui ne sont que le résumé d'un article que je compte publier prochainement.

Le 13 octobre 1891, j'ai présenté à la Société un petit appareil pour élargir les maxillaires, petit appareil qui avait l'avantage d'être simple et puissant. Je vous le représente encore mais pas seulement comme moyen de redressement, mais comme moyen prophylactique de la carie interstitielle et pour vous montrer des résultats obtenus.

Nous avons tous été frappés de la fréquence et de la rapidité de la marche des caries interstitielles, ainsi que de la difficulté qu'on éprouve à les traiter; nous étudierons les moyens qu'on a préconisés contre ces caries.

Le contact des dents entre elles est un fait normal, physiologique ainsi que l'ont établi M. Davenport et M. Roy (Voir *Revue Internationale d'Odontologie*, 1892, p. 201), la cause prédisposante n'est donc pas le contact simplement, c'est le contact anormal. Lorsque les dents sont irrégulièrement placées il existe des recoins, des anfractuosités d'un nettoyage difficile où les aliments s'accumulent, fermentent, s'acidifient et amènent la carie. Dans un grand nombre d'irrégularités, c'est l'atrésie du maxillaire qui doit être incriminée.

Nous savons que le développement de la partie antérieure du maxillaire, en avant des premières molaires permanentes est nié par Hunter, Delabarre, Tomes; pour eux la partie postérieure seule s'accroîtrait. Plusieurs anatomistes, Debierre entre autres, sont d'un avis différent et pensent que le maxillaire s'accroît dans toutes ses parties. Cette dernière théorie nous paraît exacte, il est naturel que le maxillaire s'accroisse dans toutes ses parties, peut être un peu moins en avant, mais enfin il s'accroît.

Pour éviter les caries interstitielles on a proposé des soins hygiéniques, ils sont insuffisants; quant au limage des dents son procès n'est plus à faire. L'extraction d'une prémolaire ou de la première molaire a été préconisée par divers auteurs, l'*opportunité de l'extraction de la molaire de six ans* a fait l'objet d'une discussion très in-

téressante à la British Dental Association et la question a été fort bien exposée par M. Roy dans la *Revue Internationale d'Odontologie.* Nous nous adressons, nous, à l'élargissement des maxillaires pour obtenir un arrangement physiologique des dents.

L'influence de la pression sur les os n'est plus à démontrer, o n en voit journellement des exemples dans l'orthopédie des membres.

Pour agir sur les maxillaires on a les appareils de Coffin et la vis de Jack ; dans notre première communication en 1891, nous avons indiqué les inconvénients de ces deux systèmes et les avantages de celui que nous employons, nous ne reviendrons donc pas sur ce point.

Nous rejetons systématiquement l'emprisonnement d'un certain nombre de dents, il empêche l'expansion des parties cachées et est septique. Nous faisons en sorte que le contact de l'appareil avec les dents soit aussi petit que possible, nous ne reviendrons pas sur les autres détails de fabrication renvoyant pour cela à notre communication antérieure.

On a fait à cet appareil le reproche d'agir d'une façon intermittente, on agit avec assez de rapidité, il ne faut pas du reste aller trop vite afin que l'os ait le temps de se modifier, si l'on va trop vite on compromet le résultat. Nous voulons, par le procédé que nous préconisons, non pas obtenir un développement antiphysiologique, mais diriger et aider le développement normal. Nous n'agissons pas seulement sur les dents, mais aussi sur le maxillaire; nous pouvons agir sur une dent en particulier, ne pas agir sur une autre en rechargeant ou en échancrant le collet de la dent. Il faut agir sur les deux maxillaires, si l'on exerce une faible action sur l'un, celle-ci se transmet a l'autre maxillaire ; en tout cas, si cela n'est pas suffisant on peut appliquer un appareil au maxillaire inférieur aussi bien qu'au maxillaire supérieur. Avec mon appareil on a une graduation mathématique, chaque fois que l'on ajoute un tour de fil, si celui-ci a un demi-millimètre d'épaisseur on sait que l'on obtient un demi-millimètre d'écartement, il n'en est pas de même avec l'appareil de Coffin et la vis de Jack a des inconvénients que j'ai indiqués en 1891.

A quel âge doit être placé cet appareil ? Ce point est variable. Lorque les grandes incisives sont poussées on voit déjà si elles ont de la place, sans doute le maxillaire peut se développer et la place se faire seule ; aussi, si l'indication n'est pas formelle, si les prémolaires se placent bien, il faut attendre l'éruption de la canine. La présence de dents de lait n'est pas un obstacle à l'application de l'appareil, les dents permanentes se trouvant au-dessous d'elles se trouvent entraîné avant leur éruption.

La tolérance pour cet appareil est parfaite, la barre ne gêne pas ; ce qui se comprend d'autant mieux que la voute palatine est généralement profonde dans ces cas.

Il est bien entendu que l'esthétique ne doit pas être négligée et qu'il ne faut pas faire subir à la mâchoire des transformations ne s'accommodant pas à la forme du visage.

Dans ma première communication je vous ai déjà communiqué plusieurs observations, je vais vous montrer, par des modèles successifs, les résultats que j'ai obtenus, tout dernièrement chez une jeune fille de 15 ans, très robuste ; il est certain que chez un sujet plus jeune le résultat eut été supérieur encore. Cette jeune fille avait de l'atrésie du maxillaire supérieur, les incisives chevauchaient et la canine supérieure gauche était sortie en dehors.

Au mois d'août dernier, j'ai appliqué un premier appareil mais la malade étant partie à la campagne je n'ai pu la suivre ; néanmoins, je lui avais indiqué le moyen de faire fonctionner l'appareil et, lorsque je la revis en octobre, il y avait déjà une notable transformation. J'appliquai alors un nouvel appareil qui était réglé tous les huit ou dix jours et au mois de mars j'avais obtenu un résultat parfait ; je retirai l'appareil, je plaçai un appareil de maintien qui fut enlevé un mois après. Je revis ma malade un mois après la suppression de tout appareil, tout était en parfait état et paraissait bien stable. Vous pouvez voir sur les modèles que je vous présente, la bouche : 1° avant le traitement ; 2° au mois d'octobre (moment où j'ai appliqué le second appareil) ; 3° la bouche dans l'état actuel.

M. Debray. — Quel appareil de maintien employez-vous?

M. Francis Jean. — Je l'ai indiqué dans ma première communication.

M. Loup. — L'appareil est bon comme appareil de redressement mais au point de vue de la prophylaxie de la carie, c'est une utopie, les aliments s'insinuent dans les espaces créés entre les dents, gênent beaucoup et amènent la carie.

M. Francis Jean. — Je ne dis pas que je supprime la carie, mais que j'en dimine les chances. De plus, je ne crée pas d'espaces entre les dents, je régularise les dents qui chevauchent, mais elles restent en contact.

M. Joseph. — Le principe d'application de la force active, recommandé par M. Francis Jean, a pour caractère essentiel l'intermittence. Il est facile à mettre en évidence les inconvénients de cette manière de faire.

Durant le moment actif, il se produirait, d'une part, une ostéite productive, ou compensatrice et du côté opposé un travail de raréfaction, sous l'influence de la pression exercée par la force, mise en œuvre, de l'expansion ou de réduction. Dans l'intervalle correspondant au moment du repos une condensation du tissu osseux pourrait s'effectuer du côté où a eu lieu le processus raréfiant, et cet effort réparateur que nous devons ménager et utiliser sera inévitablement détruit par la poussée de pression ultérieure.

Nous devons, au contraire, nous efforcer de réaliser une pression douce et continue, de telle sorte que le travail de condensation suive régulièrement le travail régressif et s'effectue aux dépens de ce dernier.

M. Francis Jean. — Je ne pense pas que le repos soit nuisible. Je le crois plutôt utile.

M. Defranc. — Les résultats que l'on observe sur les modèles présentés sont très beaux mais ils ne sont pas exceptionnels et on en observe fréquemment de semblables en prothèse dentaire.

M. Viau. — Le résultat obtenu est magnifique et le traitement ordinaire par les chevilles, etc., n'aurait jamais donné l'équivalent.

M. Francis Jean. — Je vous présente là un appareil hygiénique.

RÉSECTION D'UNE RACINE PATHOLOGIQUE

M. le Dr Messiam. — Je vous présente une malade à laquelle M. Poinsot a réséqué l'extrémité de la racine de la canine supérieure droite.

Lorsque cette malade s'est présentée à la clinique de l'Ecole, elle se plaignait de douleurs dans la canine supérieure droite.

Cette dent présentait de l'abrasion mécanique, était décolorée, douloureuse à la percussion et, au niveau de la pointe de la racine on sentait une petite tumeur.

M. Poinsot proposa à la malade l'extraction de la dent, mais celle-ci ne voulant pas s'y résoudre il eut l'idée de tenter la résection de l'extrémité de la racine sans extraire la dent.

La gencive préalablement cocaïnée, M. Poinsot fit une incision au niveau de la tumeur; avec une fraise conique, il ouvrit l'alvéole et, prenant alors une fraise cylindrique, il coupa horizontalement un fragment de la racine de 3 à 4 millimètres. L'antisepsie opératoire et instrumentale fut aussi parfaite que possible. A la suite de l'opération il y eut une vive inflammation mais pas de suppuration.

La dent fut soignée par la voie ordinaire et un mois après la plaie était fermée et il ne restait plus qu'une cicatrice linéaire sur la gencive ainsi que vous pouvez le constater.

Cette manière de faire est une modification de l'opération de M. Martin, de Lyon. Ses avantages sur celle-ci sont dans l'anesthésie, la mutilation moins grande, la plus grande précision dans l'opération. Cette opération ne peut naturellement se faire que sur les dents uniradiculaires; il faut faire attention de ne pas traverser le bord alvéolaire de part en part; enfin il pourra y avoir contre-indication si la dent à opérer est au voisinage du trou mentonnier par exemple.

INJECTIONS ORGANIQUES EN PATHOLOGIE DENTAIRE

M. Poinsot. — Nous avons tous été frappés par les découvertes de M. Brown-Séquard sur les injections de liquides organiques, on se souvient des mouvements divers que provoqua la publication des recherches du savant professeur au collège de France. Depuis on a progressé dans cette voie et on a obtenu de très beaux résultats.

Mais ces découvertes qui ont révolutionné la science ne sont, en réalité, pas nouvelles, puisque on les trouve mises en pratique par des peuples primitifs probablement depuis les temps préhistoriques.

En 1889, j'eus occasion de voir un haut fonctionnaire de la

Nouvelle-Calédonie, j'en profitai pour lui demander des renseignements sur les Canaques.

« Ont-ils de bonnes dents, demandai-je à M. X...?

— Ils en ont d'excellentes.

— Ils ont sans doute de bons estomacs? » En effet, j'appris qu'ils avaient de très bons estomacs. Je demandais s'ils buvaient beaucoup et j'appris une chose qui aurait fait bien plaisir à M. Bouchard, ils ne boivent pas du tout. Ainsi les Canaques ont de bonnes dents, parce qu'ils ont un bon estomac, un bon estomac parce qu'ils ont une bonne hygiène.

Mais les Canaques sont anthropophages. Ils sont souvent en paix, rarement en guerre. Durant la paix, ils peuvent apprécier leurs qualités respectives, aussi lorsqu'ils ont un prisonnier, si celui-ci se distinguait par le courage, ils lui mangent le cœur; s'il brillait par l'éloquence, ils lui mangent la langue, etc. Une jeune fille canaque a des yeux superbes, on lui a donné un nom très euphonique dont je ne me souviens plus mais qui veut dire *mangeuse d'yeux*; les Canaques supposent que si cette jeune fille a de beaux yeux c'est qu'elle a mangé beaucoup d'yeux.

Ainsi vous voyez ces peuples primitifs mettre en pratique sans le savoir et sans doute depuis des temps préhistoriques des procédés appliqués par M. Brown-Séquard pour le liquide testiculaire, M. Gley pour le pancréas, M. Bouchard pour la glande thyroïde, etc., etc.

Pénétré de l'importance de ces découvertes, je m'étais muni de solutions d'extraits glandulaires pour m'en servir à l'occasion. Un jour, à la clinique de l'Ecole, je vis un malade à qui l'on faisait des injections antiseptiques dans un alvéole où il y avait un séquestre et une suppuration abondante. Ce malade était cachectisé et avait un engorgement ganglionnaire considérable; j'eus l'idée de lui faire des injections de liquide organique. Je le priai de venir le mardi, jour où M. le Dr Pinet vient à l'Ecole, et je proposai à celui-ci de pratiquer ce traitement, il fit au malade une injection de trois centimètres cubes d'extrait glandulaire dans la partie la plus charnue de son individu. Quelques jours après je revis le malade, son état général était beaucoup amélioré, son engorgement ganglionnaire n'avait pas disparu mais il avait beaucoup diminué. Je proposai au malade de lui faire une nouvelle injection, mais il s'y refusa, ne voulant pas, dit-il, « se faire piquer le derrière pour guérir sa figure ».

Dans ce cas, sans doute les injections antiseptiques ont été très efficaces, mais certainement on n'eut pas obtenu un résultat aussi rapide sans l'injection d'extrait glandulaire.

J'ai fait cette communication afin de vous engager à chercher dans cette voie, afin que nous montrions que les grandes découvertes médicales ne nous sont pas étrangères et que nous sommes dignes d'entrer dans la grande famille médicale à laquelle nous a rattaché la loi de novembre 1892 (*sic*).

GLOSSITE DOULOUREUSE ANCIENNE

M. Laurent. — Un malade est venu me trouver avec des érosions nombreuses sur la langue qui le faisait beaucoup souffrir. Il avait un grand nombre de dents en moins et des vides entre toutes les dents. Ce malade avait, de plus, perdu le goût.

Sur les conseils de M. Poinsot, je fis à ce malade un appareil pour remplacer les dents manquantes et depuis les érosions sont très améliorées.

M. Laurent présente une pâte pour nettoyer les instruments de prothèse.

UN NOUVEAU FAUTEUIL POUR DENTISTES

M. Martinier présente un nouveau fauteuil permettant d'obtenir la position horizontale de tout le corps. Ce fauteuil permet la pratique de l'anesthésie avec les divers agents généraux ou locaux.

M. Anthoine présente une petite pharmacie avec porte-coton destinée à figurer sur la tablette d'opération.

La séance est levée.

Maurice Roy.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 2 mai 1893,

Présidence de M. Damain.

PAPIER COCAÏNÉ POUR ANESTHÉSIE LOCALE

M. le Dr Rousseau fait une communication au sujet d'une pince à pression continue et à mouvements variés permettant l'application de papier cocaïné sur la gencive dans le but de provoquer l'anesthésie locale.

FRACTURE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

M. Franchette rapporte l'observation d'une fracture du maxillaire inférieur chez un enfant de huit ans, il présentera le malade ultérieurement.

LE CORYL

M. d'Argent fait une communication sur le coryl (Voir *Revue Internationale d'Odontologie*, 1893, p. 106).

La séance est levée.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE LA GRANDE-BRETAGNE

Séance du 1er mai 1893,

Présidence de M. Woodhouse, vice-président.

ANOMALIES DENTAIRES

M. Storer Benett annonce qu'il a reçu un modèle sur lequel se trouvent deux dents surnuméraires. Ces dents ont la forme ordinaire conique, mais elles sont placées dans une position tout à fait anormale, l'une étant du côté droit immédiatement derrière la seconde bicuspide inférieure, et l'autre immédiatement derrière la seconde molaire inférieure. M. Benett dit que pendant son dernier voyage en Hollande il visita, avec son frère, le jardin zoologique d'Amsterdam. Ils y trouvèrent quantité de choses intéressantes au point de vue de la pathologie dentaire. Ils emportèrent le modèle du crâne d'un orang-outang, dans lequel la canine supérieure mordait entre la partie interne de la première prémolaire et la seconde prémolaire. Ils remarquèrent aussi, à la mâchoire d'une biche, deux odontomes très bien marqués. Il y avait aussi un hippopotame vivant avec une canine supérieure en dehors au-delà de la lèvre, la dent antagoniste était cassée.

PROTHÈSE DENTAIRE EXÉCUTÉE PAR DES PATIENTS

M. J. H. Mc. Call montre des modèles d'un cas extraordinaire de transposition.

Il cite ensuite un cas d'ingéniosité d'une patiente. Une pauvre femme vint chez lui pour se faire mettre des dents artificielles. Mais elle lui fit tout d'abord observer qu'elle en avait déjà de sa propre fabrication. Elle avait, en effet, de gros morceaux de gutta-percha brune attachés à ses dents et aux racines, elle renouvelait cela tous les six mois et s'en servait pour manger depuis plusieurs années.

M. G. Cunningham cite aussi un cas de prothèse dentaire exécutée par un patient mais cette fois le patient avait employé du bois. C'était un employé de chemin de fer qui ayant perdu une incisive tailla un morceau de bois pour remplir le vide.

M. Coxon dit que, s'il ne les avait égarés il aurait pu montrer les morceaux de bois décrits par M. Cunningham; le patient avait été très ingénieux d'autant que, une bicuspide se trouvant là, il avait creusé le bois de manière à la recouvrir.

M. Robbins cite le cas d'une femme vivant à la campagne, dans un pays privé d'assistance dentaire, qui avait cassé une canine à un appareil qu'elle portait. Cette femme tailla un morceau de navet pour la remplacer. Après plusieurs insuccès elle réussit parfaitement, et elle avait obtenu une méthode de coloration parfaite. Elle renouvelait le morceau chaque jour et l'attachait à la partie qui restait.

M. Ackery fait remarquer que les dentistes amateurs sont moins rares qu'on le pense.

Il y a quelques semaines, un homme vint à Saint-Bartholomew's Hospital pour se faire enlever des racines. Il dit qu'il allait se fabriquer des dents artificielles lui-même. Il avait pris l'empreinte de sa bouche, fait un moule en plâtre, et un moule en fer. Il allait faire une plaque en argent et nous demanda où il pourrait se procurer des dents.

LE DÉVELOPPEMENT DES DENTS

M. J. Howard Mummery décrit les modèles du Dr Carl Rose pour démontrer le développement des dents. Il les a fait venir d'Allemagne pour les présenter au musée.

Ces modèles sont obtenus à l'aide de sections microscopiques, par une méthode employée en Allemagne, et connue sous le nom de méthode de Born. Il y a plusieurs modifications de cette méthode mais la description d'une seule suffira.

Des séries de coupes sont faites avec un microtome automatique jusqu'à ce que l'objet à modeler soit entièrement coupé. On photographie chaque section, en faisant attention que le grossissement soit le même pour chacune, ces photographies sont gardées dans l'ordre exact des sections. On prend alors des feuilles de cire, l'épaisseur de chaque feuile étant en rapport exact avec le grossissement de la section, cela veut dire que si la section est grossie cinquante fois la feuille de cire doit avoir cinquante fois l'épaisseur de la section. Les contours de la photographie sont transportés sur les feuilles de cire et chaque feuille découpée avec un couteau sur ces lignes. Les plaques ainsi découpées sont placées dans leur ordre de série, et les bords collés avec une spatule chaude. On obtient ainsi un modèle agrandi qui correspond dans toutes ses dimensions avec l'objet original. En pratique il n'est pas nécessaire de prendre chaque coupe, en prenant toutes les cinquièmes on obtiendra des résultats assez satisfaisants.

En se reportant aux différents modèles sur la méthode du développement des dents, M. Mummery appelle l'attention sur l'opinion du Dr Rose, que les dents temporaires et permanentes proviennent d'une lame épithéliale (*zahnleiste*) (une couche continue d'épithélium, enveloppant tout le maxillaire) il pense que les modèles montrent très distinctement que les dents permanentes proviennent de cette partie primitive de la lame épithéliale qui poussé au delà et derrière les dents temporaires, et qu'on ne peut dire que les dents permanentes proviennent du collet de l'organe de l'émail de la dent temporaire.

C'est seulement après la naissance que l'extrémité du bord alvéolaire croît au-delà de la première molaire permanente afin de faire place aux autres dents.

Les premiers spécimens d'un fœtus de 9 semaines font voir l'épithélium des deux maxillaires, et les alvéoles très visibles comme une bande courbée suivant la ligne du maxillaire du fœtus; au maxillaire inférieur on voit de petites aspérités sur le devant de la bouche.

L'autre spécimen est celui d'un fœtus de 11 semaines et demie, montrant les rudiments des dents temporaires s'avançant de côté dans l'alvéole.

Le maxillaire supérieur d'un fœtus de 14 semaines montre les rudiments de dents plus avancées, le bord libre onduleux du bord alvéolaire derrière ces germes, et la croissance du bord alvéolaire en arrière de la dernière molaire temporaire qui prépare à la formation de la première molaire permanente. Un autre spécimen montre un degré d'avancement plus grand chez un fœtus de 17 semaines. Les germes des dents sont bien mieux séparés du bord alvéolaire ; on voit en arrière de la seconde molaire de lait, la papille de la première molaire permanente.

On voit sur un modèle l'extrémité postérieure du maxillaire se former autour de deux incisives temporaires. Au maxillaire inférieur d'un fœtus de 4 semaines, les dents sont très avancées comme développement ; les germes des incisives permanentes se voient dans le bord alvéolaire immédiatement derrière les incisives temporaires et les autres parties sont perforées dans tous les sens comme une passoire, préparatoire à l'absorption.

Le dernier spécimen montre très clairement chez un fœtus à terme la première molaire permanente en relation avec le bord alvéolaire commun, et la croissance du maxillaire en arrière de cette dent pour les dents permanentes suivant.

M. Storer Benett dit qu'au point de vue orthodoxe du développement des dents permanentes, il avait été difficile jusqu'à présent d'expliquer l'éruption des dents permanentes dans ces cas rares où il y a absence totale des dents temporaires. La communication de M. Mummery est, par conséquent très intéressante.

CAS DE PROTRUSION DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

M. David Hepburn présente une série de modèles montrant les divers stades du traitement dans un cas de protrusion du maxillaire supérieur. La patiente était une jeune fille de 14 ans, âge préféré par M. Hepburn pour le traitement de ces cas. Il dit qu'il y a beaucoup de cas de protrusion qui se guérissent d'eux-mêmes. Dans le cas présent, la mère avait des dents parfaites comme articulation ; le père avait également des dents remarquablement belles, il ne lui en manquait aucune, l'articulation était parfaite. Dans le cas de la patiente la mâchoire entière s'était projetée en avant entraînant les dents avec elle. Les maxillaires ne se rencontraient d'aucune manière la patiente avait beaucoup de facilité dans les mouvements de la mâchoire inférieure. La molaire de six ans était cariée ainsi que la première prémolaire ; M. Hepburn les enleva.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

I. Empyème du sinus maxillaire. — II. Hémoptysies et hémorragies de l'amygdale linguale. — III. Pharyngomycose. — IV. Erythème facial dû à la cocaïne. — V. Nécrose syphilitique des maxillaires supérieurs.

La Société française d'Otologie et de Laryngologie vient de tenir sa session annuelle. Diverses communications intéressantes pour nous ayant été faites, nous allons les résumer d'après le compte-rendu de la *Semaine médicale*.

M. R.

I. *M. Cartaz* fait un rapport sur l'empyème du sinus maxillaire. Le plus souvent l'inflammation de ce sinus a pour cause des lésions dentaires, mais l'affection peut avoir une origine nasale et c'est cette notion étiologique qui indiquera le mode opératoire à employer pour évacuer le pus. Si une dent est malade il faut l'enlever; dans le cas contraire on perforera le méat inférieur.

Le rapporteur expose les diverses méthodes de traitement qui ont été préconisées : le procédé de Jourdain a été remis en honneur par MM. Bayer, Schiffers, Hartmann qui recommandent l'introduction de la sonde par l'hiatus naturel, mais par ce procédé on ne peut faire de nettoyage complet, cette ouverture se trouvant trop éloignée du bas-fond du sinus et le malade ne peut faire de lavages lui-même. Ces mêmes inconvénients, quoiqu'à un degré moindre, existent encore si l'on fait une ouverture en un point plus déclive du méat ; aussi la voie nasale ne devra être utilisée qu'en l'absence de lésions dentaires.

Le procédé de Cooper, pénétration dans le sinus par l'alvéole, est le plus couramment employé. Si l'alvéole est intact on le perfore, en tous cas il y a avantage à faire une large ouverture qui permetira d'éclairer le sinus à l'aide d'une petite lampe et de tamponner la cavité. Le malade porte une canule à opercule ou une tige pleine.

Dans le procédé de Desault on ouvre le sinus par la fosse canine, la plupart des auteurs pensent qu'il ne faut y avoir recours qu'en dernier ressort et si les lésions nécessitent un véritable curettage. On taille un lambeau de gencives, on décolle le périoste et l'on fait une large brèche au ciseau.

Le sinus vidé, on doit faire des pansements antiseptiques et presque tous les agents ont été employés à cet effet. Qu'il suffise d'établir une différence entre les méthodes de lavages antiseptiques fréquents et répétés, caustiques ou simplement désinfectants et la méthode des pansements secs soit par l'insufflation de poudres médicamenteuses, soit par le tamponnement de la cavité avec de la gaze iodoformée, salolée, etc., les résultats ne varient pas sensiblement quel que soit le procédé employé.

En général, les malades guérissent rapidement quand l'abcès est

de formation récente ; on se heurte au contraire à une résistance opiniâtre quand la suppuration date de longtemps.

M. Moure, de Bordeaux, appuie les conclusions du rapporteur. Il n'existe pas de règle absolue ni pour le procédé opératoire ni pour les pansements antiseptiques. Souvent l'empyème de l'antre d'Higmore guérit très rapidement par de simples lavages. Quelquefois on n'obtient aucun résultat malgré tous les traitements employés. *M. Wagnier*, de Lille, insiste également sur la difficulté du pronostic.

M. Moure signale la vive douleur qui existe parfois chez certains malades au moment où l'on introduit la canule dans l'alvéole.

M. Poyet, de Paris, a observé aussi ces douleurs; pour les faire disparaître il agrandit l'ouverture alvéolaire.

M. Garel, de Lyon, donne la préférence aux méthodes nasales en pénétrant soit par le méat moyen, soit par le méat inférieur.

M. Cartaz dit que les travaux anatomo-pathologiques sont peu nombreux sur cette affection et que c'est là la cause de l'incertitude qui règne encore sur le pronostic et le traitement de l'empyème du sinus maxillaire.

II. *M. Joal*, du Mont-Dore, appelle l'attention sur les hémorragies pharyngiennes et laryngiennes, signalées par divers auteurs, qui pourraient faire croire à des hémoptysies si l'on n'examinait pas le pharynx et le larynx. Il rappelle également les cas cités récemment (Moure, Garel, Manou) d'hémorragies dues à des varices linguales. M. Joal a eu l'occasion d'observer trois malades chez lesquels ou redoutait un début de tuberculose par suite d'expectoration sanguine, d'amaigrissement, de perte d'appétit, d'excitabilité nerveuse, d'insomnie, de toux légère et répétée. L'examen de la poitrine ne révélait rien d'anormal, il n'y avait pas de bacilles dans les crachats.

Le miroir laryngien permit de constater que le sang provenait de petites ulcérations et de ruptures vasculaires siégeant au niveau de l'amygdale linguale hypertrophiée. Les veines de la base de la langue n'étaient pas dilatées.

III. *M. Garel* a eu l'occasion d'observer 29 cas de pharyngomycose et il estime qu'un état catarrhal de la muqueuse pharyngonasale est une condition importante pour le développement du mycosis.

Le parasite siège, par ordre de fréquence, aux amygdales, à la base de la langue, dans les fossettes glosso-épiglotiques, les parois latérales et postérieures du pharynx.

La lésion se présente sous la forme : 1° de petits points analogues à des grains de millet ; 2° de touffes de champignons rappelant l'aspect de la *barbe de capucin ;* 3° de plaques jaunâtres simulant des taches diphtéritiques.

L'affection a une évolution lente, elle est susceptible de disparaître spontanément avec le temps, mais elle a de la tendance à récidiver.

Le parasite est le leptotrix buccalis qui a été retrouvé chez quelques malades. Le traitement a consisté dans l'arrachement à la pince suivi de la cautérisation au galvano-cautère.

M. Raugé, de Challes, présente des préparations mycosiques, il dit qu'on ne peut encore identifier le parasite du mycosis pharyngé avec le leptotrix buccalis.

M. Wagnier emploie contre la pharyngomycose l'acide chromique qui, dans deux cas, lui a donné de très bons résultats. Sous le miroir laryngien, il touche les points mycosiques avec de l'acide chromique au bout d'une sonde, à deux ou trois reprises et à huit jours d'intervalle.

IV. *M. Castex*, de Paris, a observé une malade qui à la suite de l'application d'un tampon d'ouate hydrophile imbibé d'une solution de cocaïne à 20 0/0 sur le cornet inférieur, fut prise, trois heures après, de battements douloureux dans le nez, la joue et la tempe, et eut le lendemain un érythème de la moitié de la face, ayant débuté par la fosse nasale. Deux jours après tout rentrait dans l'ordre.

Cette malade avait déjà éprouvé des accidents semblables à la suite de l'emploi d'une poudre à la cocaïne.

V. *M. Combe*, de Paris, rapporte une observation de nécrose syphilitique des maxillaires supérieurs chez un homme de quarante ans. Au début on avait pensé à un abcès du sinus maxillaire mais l'auteur n'a rien trouvé de ce côté et quelques mois après il revit le malade avec un gonflement considérable de la lèvre et une suppuration abondante il enleva un séquestre comprenant la partie antérieure des maxillaires supérieurs, la partie antérieure des palatins et du vomer. La perforation résultant de cette perte de substance fut comblée à l'aide d'un appareil prothétique.

PATHOLOGIE DENTAIRE ET BUCCALE

Par Maurice Roy.

I. Adhérence cicatricielle des piliers postérieurs. — II. Traitement de la névralgie faciale. — III. Streptocoque de la bouche. — IV. Spasme clonique des muscles masticateurs. — V. Ulcère de la bouche d'origine tabétique. — VI. La perlèche. — VII. Symptôme buccale de l'influenza. — VIII. Tuberculose buccale. — IX. Synthèse microbienne du tartre et des calculs salivaires. — X. Des injections de phosphate de soude dans les névralgies du trijumeau. — XI. Mort à la suite d'hémorragie d'origine dentaire. — XII. Mort survenue pendant des inhalations de chloroforme. — XIII. Mutilations dentaires ethniques.

I. — Adhérence cicatricielle des piliers postérieurs

A la Société des Sciences médicales de Lyon, *Gazette des hôpitaux de Toulouse*, M. Albertin a rapporté une observation d'adhérence

cicatricielle des piliers postérieurs du voile du palais au pharynx, déterminant un rétrécissement de l'orifice de communication entre le pharynx nasal et le pharynx buccal et une gêne respiratoire qui gênait d'autant plus le malade qu'il était emphysémateux. Cette adhérence s'était produite à la suite d'une angine variolique.

Le malade réclama une opération, celle-ci consista dans la libération des piliers postérieurs qui furent séparés de la paroi pharyngienne et afin de combattre la tendance à adhérer de nouveau que pouvaient présenter des tissus sectionnés, notre confrère, M. Claude Martin, fit un petit appareil prothétique.

Ce petit appareil se moulait sur la convexité postérieure du voile du palais et venait, sous forme de plaque rectangulaire, s'appliquer contre la paroi postérieure du pharynx, qui est ainsi isolée des surfaces cruentées, déterminées par la libération des piliers.

L'appareil, laissé un mois en place, a permis la cicatrisation indépendante des surfaces libérées en assurant une large communication entre la portion buccale et la portion nasale du pharynx.

II. — Traitement de la névralgie faciale

M. Nawatil a communiqué à la Société des médecins de Budapesth, deux cas de névralgie faciale qu'il a traités par la névrotomie d'après la méthode de Braun Lossen « qui consiste à mettre à nu, au moyen de la résection temporaire de l'os molaire, la fosse temporale profonde et par cette voie la fente sous-orbitaire » (d'après le *Bulletin Médical*). Ces deux opérations remontent à novembre 1890 et à mars 1892 et la guérison s'est maintenue jusqu'à présent.

III. — Streptocoque de la bouche

M. Marot a communiqué à la Société de Biologie le résultat de ses recherches sur un streptocoque qu'il a trouvé dans la bouche de divers sujets sains et malades. Ce streptocoque se distingue de celui de Felheisen (*streptococcus erysipelatus*) en ce qu'il se cultive sur la pomme de terre; inoculé aux animaux il ne paraît pas être pathogène.

IV. — Spasme clonique des muscles masticateurs

Ne maintenons pas la bouche de nos patients ouverte pendant trop longtemps, si nous ne voulons pas voir se produire les accidents signalés par M. Peterson, à la Société de Neurologie de New-York, *Semaine Médicale*. Il a présenté une malade atteinte de spasme clonique des muscles masséters, temporaux et phtérygoïdiens. Lorsque la malade garde le silence, sa mâchoire inférieure exécute des mouvements d'abaissement et de latéralité, mouvements qui augmentent quand elle veut parler, il se produit une sorte de subluxation de l'articulation temporo-maxillaire. Ces accidents sont survenus, il y a sept ans, à la suite de manipulations dentaires (?) pendant lesquelles la malade avait dû rester longtemps la bouche ouverte. Ces mouvements cessent pendant le

sommeil. « Dans ce cas, l'atropine, l'hyoscine, la cocaïne et l'électricité ont été essayés en vain, seul le sulfate de duboisine à la dose d'un quart de milligramme a pu calmer ce spasme, voire même le supprimer complètement pendant un certain temps. En outre, la malade porte un appareil qui, en maintenant les mâchoires rapprochées l'une de l'autre, lui permet de parler *entre les dents* et d'éviter ainsi la contraction spasmodique de ses muscles.

» M. W. M. Lezinsky a observé un cas de spasme clonique des deux muscles peauciers dû également à des manipulations trop prolongées exécutées par un dentiste. »

Ces accidents ne se seraient certainement pas produits sur des sujets dont le système nerveux eût été normal, nous en avons la preuve journellement; mais, néanmoins, il est utile de connaître ces faits, afin d'agir en conséquence le cas échéant.

V. — Ulcère de la bouche d'origine tabétique

M. Hudelo, chef de clinique du professeur Fournier a présenté à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie un malade présentant divers troubles du côté de la bouche. En juin 1892 il a perdu spontanément toutes les dents sauf quatre, le bord alvéolaire des deux maxillaires s'est exfolié et s'il s'est produit deux ulcérations l'une au maxillaire supérieur, l'autre au maxillaire inférieur, par cette dernière plusieurs fragments osseux ont été éliminés : ces ulcérations sont à fond grisâtre et fongueux. Il y a anesthésie totale de la peau de la face et de la muqueuse buccale, pendant tous ces accidents le malade n'a éprouvé aucune douleur. Il n'y a pas lieu de songer à de la nécrose phosphorée ni à la syphilis malgré la diathèse de ce malade, des lésions spécifiques ont une marche toute différente. Ces troubles paraissent devoir être attribués à une névrite de la cinquième paire. M. Fournier fait de cette affection un mal perforant buccal.

Il s'agit sans doute d'un de ces cas étudiés il y a peu de temps par M. Carrière dans sa thèse que nous avons analysée (Voir *Revue Internationale d'Odontologie*, 1892, p. 98). Cet auteur n'admettait pas le tabès comme cause des accidents dans les cas de ce genre. On devrait, selon lui, les attribuer à une névrite du trijumeau qui peut se rencontrer au cours de l'ataxie, sans que tous les cas relèvent fatalement de cette affection et sans que l'on puisse, jusqu'à présent, invoquer une cause pour expliquer cette névrite chez les malades non ataxiques.

VI. — La perlèche

A la même séance de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, M. P. Raymond a présenté deux enfants atteints de perlèche. Cette affection très commune dans les écoles a été décrite par le docteur Lemaistre de Limoges sous le nom de perlèche, nom populaire de cette affection en Limousin. La perlèche est une lésion de la commissure des lèvres, l'épiderme se tuméfie, devient blanchâtre et il se forme une fissure plus ou moins profonde,

elle s'étend souvent vers la joue. Elle n'a aucune gravité et tend à guérir en quelques semaines mais récidive facilement ; elle est très contagieuse et prend quelquefois le caractère épidémique. M. Raymond a trouvé dans tous les cas de perlèche le *staphylococcus cereus albus* mais ce microorganisme n'a rien de spécifique, d'autres microorganismes pouvant produire cette lésion. La perlèche pourrait en imposer pour de l'herpès labial et même pour des plaques muqueuses, il est donc nécessaire que cette affection soit connue.

M. Fournier a appuyé sur l'importance médico-légale de la connaissance de cette lésion puisqu'il a été chargé d'une expertise médico-légale au sujet d'un père accusé d'avoir transmis la syphilis à sa fille alors que celle-ci avait simplement de la perlèche.

VII. — Symptôme buccal de l'influenza

M. Shelly dans le *British médical journal* que reproduit l'*Union médicale* signale un symptôme qu'il a observé au cours de l'influenza, c'est une éruption vésiculeuse siégeant sur le voile du palais. Elle est constituée par de petites élevures lenticulaires, translucides ressemblant assez à des grains de sagou bouilli variant d'un demi à un millimètre. Ces vésicules sont surtout abondantes sur le voile du palais. Le malade n'a pas conscience de cette éruption qui ne fait pas souffrir.

Cette éruption n'est pas pathognomonique car on peut l'observer dans d'autres cas, mais, étant donné sa constance dans l'influenza, dès le début même de la maladie, elle peut faciliter le diagnostic de cette dernière.

VIII. — Tuberculose buccale

Le *Bulletin médical* publie d'après la *Wiener médical Presse* une observation bien curieuse de tuberculose laryngée. Il s'agit d'un homme de 33 ans, sans antécédents syphilitiques, atteint de tuberculose pulmonaire et laryngée depuis plusieurs années. Ce malade revint un jour à l'hôpital où on l'avait soigné pour sa tuberculose, racontant que, quelques mois auparavant, il s'était fait arracher quelques racines de dents à la mâchoire supérieure et qu'au lieu de se cicatriser les alvéoles s'étaient transformés en une ulcération à sécrétion purulente abondante ; il avait dû, par la suite, se faire arracher d'autres dents, et quelques fragments osseux de la mâchoire s'étaient éliminés.

Le rebord alvéolaire de la mâchoire supérieure présentait une perte de substance allant de la seconde incisive à la première molaire, et cette perte de substance avait son maximum de profondeur au niveau de la canine et de la première molaire. Au niveau de cette lésion on trouvait une ulcération atonique des gencives ; le fond de l'ulcère était pâle, inégal et recouvert d'un pus grisjaunâtre grumeleux. Au pourtour de l'ulcère existaient des granulations grisâtres. L'excision d'un fragment de gencive confirma le diagnostic de lésion tuberculeuse en faisant voir des cellules géan-

les et des bacilles. Le traitement antisyphilitique n'avait donné, d'ailleurs, aucun résultat.

La lésion fut grattée et touchée avec de l'acide lactique ; ce traitement ne donna qu'un résultat passager. De nouvelles granulations apparurent et l'ulcération s'étendit par suite de leur destruction ; il s'élimina encore des fragments osseux.

Dans l'été 1891 l'ulcération s'était encore agrandie jusqu'à la ligne médiane et avait gagné en profondeur ; il ne restait plus rien du rebord alvéolaire gauche ; le sinus maxillaire gauche était ouvert ; la voûte palatine était perforée et par la bouche on pouvait apercevoir le cornet inférieur et la partie inférieure de la paroi latérale de la fosse nasale gauche. Une sonde pouvait passer de la fosse nasale dans la bouche. Cette fosse nasale était devenue imperméable à l'air par suite de l'épaississement de sa membrane muqueuse.

Les lésions s'étendant toujours, le 6 mars 1892, M. Albert toucha toute la surface malade au thermo-cautère, enleva les séquestres au ciseau et fit un pansement iodoformé. Il se fit une guérison partielle qui permit de fermer la perte de substance avec un obturateur, de manière à faciliter l'alimentation qui était devenue difficile. Mais la cicatrice se recouvrit de nouvelles granulations tuberculeuses ; il se fit derrière le sterno-mastoïdien une série d'adénites et même un volumineux abcès froid qui dût être ponctionné, vidé et traité par l'injection d'une émulsion d'iodoforme. Enfin, à la fin de février 1893 les progrès de la tuberculose pulmonaire, laryngienne et bucco-nasale ne permettent plus qu'un traitement purement palliatif.

On peut se demander, dans ce cas, si l'inoculation tuberculeuse s'est faite dans la bouche à la suite de l'avulsion des dents, par la plaie alvéolaire ou si, au contraire, c'est la lésion tuberculeuse qui a amené la chute des dents.

IX. — SYNTHÈSE MICROBIENNE DU TARTRE ET DES CALCULS SALIVAIRES

La formation du tartre est une question qui n'est pas encore bien complètement élucidée. Sans parler des nombreuses théories qui ont été émises autrefois sur son origine, sur laquelle tout le monde est d'accord aujourd'hui, on sait que pour expliquer la précipitation des sels terreux de la salive J. B. Dumas admettait l'existence d'une salive acide et d'une salive alcaline ; la salive acide tiendrait en dissolution le phosphate de chaux qui serait précipité quand celle-là serait saturée par la salive alcaline. Pour M. Magitot, les sels terreux sont en dissolution dans la salive grâce à leur mélange avec des matières organiques, ils se dédoublent au contact de l'air et se déposent. Enfin pour M. Galippe ce sont les parasites que l'on trouve dans les calculs salivaires qui sont cause de la précipitation des sels de la salive.

Partant de ces données, cet auteur a cherché à faire la synthèse du tartre et vient de présenter à l'Académie des Sciences une note à ce sujet. Ses expériences commencées en 1885 se sont terminées

en 1890, elles ont été faites sur de la salive normale saturée d'acide carbonique dans laquelle il a trouvé à la fin de son expérience de petites concrétions calculeuses formées de phosphate et de carbonate de chaux dont le squelette organique était formé par un lacis de microorganismes.

X. — DES INJECTIONS DE PHOSPHATE DE SOUDE DANS LES NÉVRALGIES DU TRIJUMEAU

Il serait intéressant de savoir ce que pourra donner dans l'avenir ce traitement qui paraît avoir donné de très bons résultats à ceux qui l'ont employé.

C'est le Dr Crocq fils, de Bruxelles, qui a employé le premier les injections hypodermiques de phosphate de soude dans les névralgies du trijumeau (*Semaine médicale*). Le Dr Glorieux vient de s'en servir dans des cas analogues, et, comme M. Crocq, il n'a eu qu'à se louer des bons résultats que ce traitement lui a donné dans des cas ayant résisté à toutes les médications employées antérieurement ainsi qu'au traitement électrique. M. Glorieux s'est servi de la solution suivante dont la formule avait été donnée par M. Crocq qui l'emploie pour le traitement des diverses maladies nerveuses:

Phosphate de soude	2	grammes
Eau distillée de laurier-cerise	100	—

F. S. A. pour injections hypodermiques.

Il a injecté le premier jour 1 cm^3 de cette solution et augmente graduellement pour arriver à 3 cm^3 le quatrième jour et il continue à cette dose jusqu'à la guérison complète.

M. Crocq vient de donner une nouvelle formule, la solution ci-dessus provoquant une douleur assez forte.

Phosphate de soude	2	grammes
Alcool	5	—
Eau stérilisée	100	—

F. S. A. pour injections hypodermiques.

Cette solution est employée aux mêmes doses que la solution primitive.

M. Crocq fait observer que ces injections, pas plus que les autres moyens thérapeutiques, ne sont infaillibles et qu'elles peuvent aussi échouer ainsi qu'il arrive parfois pour l'antipyrine, la quinine et autres analgésiques.

XI. — MORT A LA SUITE D'HÉMORRAGIE D'ORIGINE DENTAIRE

Die Zahntechnische Reform raconte la mort d'un homme de 28 ans, qui, à la suite de l'extraction d'une dent eut une hémorragie qui persista plusieurs jours. Le patient retourna chez le dentiste, qui arrêta l'hémorragie. Mais la blessure était déjà septique, car des symptômes de septicémie se manifestèrent et firent des progrès rapides. On dut transporter le malade à Bethanien, où il mourut quelques jours après, dans d'affreuses souffrances.

XII. — Mort survenue pendant des inhalations de chloroforme

The British Journal of Dental Science rapporte l'observation d'un cas de mort survenue chez un enfant de neuf ans qui était en traitement au Kings Collège Hospital pour une nécrose du maxillaire. On administra le chloroforme par la méthode « ouverte » mais après quelques aspirations et, étant encore conscient l'enfant vomit et se débattit violemment. Il se leva et sa figure exprimait l'horreur, on le replaça sur la couche, la colonne vertébrale s'arc-bouta et le cœur cessa de battre. La respiration continua encore à peu près cinq minutes, mais malgré tous les efforts, le cœur ne donna plus aucun signe d'action. Le Dr Hamilton qui fit l'autopsie, attribua la la mort à une « syncope mortelle causée par la frayeur ».

XIII. — Mutilations dentaires ethniques

Dans une conférence faite par M. Dybowski devant la Société d'anthropologie de Paris le vaillant voyageur a parlé de quelques mutilations qui ne trouveront certainement pas d'imitateurs en Europe. Voici ce qu'il nous apprend.

« Les Baudjos ont le corps assez bien fait, mais la tête est » affreuse ; le prognathisme est accentué chez eux plus qu'ailleurs » et l'angle facial est fermé. Tandis que dans quelques tribus » voisines on taille les incisives en forme de pivots (ce qui amène » rapidement leur carie), ici la mode veut qu'on arrache les incisives » inférieures ; ce qui laisse dans leur bouche un trou horrible à » voir. »

LIVRES ET REVUES

Code du chirurgien-dentiste. *Commentaire de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine en ce qui concerne l'exercice de l'art Dentaire en France et dans les colonies précédé d'un historique sur la législation française antérieure et les principales législations étrangères par P. Roger, avocat à la Cour d'appel, professeur de droit medical à l'Ecole Dentaire de Paris et Ch. Godon, ex-directeur adjoint de l'Ecole Dentaire de Paris.*

Jusqu'ici la loi et les dentistes s'ignoraient mutuellement. Ils devront faire connaissance, car en France : *Nul n'est censé ignorer la loi.*

Comment peut-on s'établir ? qu'est-on autorisé à faire vis-à-vis de la clientèle, des pouvoirs publics, des confrères, pour ne pas avoir à faire à dame Justice ? Voilà ce que MM. Roger et Godon nous apprennent en un livre bien ordonné, en un style clair et précis. Les chapitres sur la responsabilité civile, sur l'exercice illégal y

sont traités avec l'ampleur que l'importance des sujets exigent, ils seront consultés avec profit.

C'est une pensée heureuse d'avoir groupé et annexé les documents essentiels relatifs à la constitution, au fonctionnement de nos diverses sociétés. On aura ainsi sous les yeux tous les renseignements, tous les éléments d'appréciation, sur les différentes parties de la déontologie dentaire.

Notre bibliothèque professionnelle se constitue peu à peu, et il est remarquable que ceux qui l'enrichissent actuellement appartiennent en grande partie au groupe des fondateurs de nos écoles professionnelles.

L'idée de ce livre a poussé toute seule dans l'esprit d'un des auteurs notre ami M. Godon : Avant d'en avoir conçu le plan et écrit quelques chapitres, il l'a vécu en quelque sorte pendant les onze années données par lui à la fondation et au développement de l'Ecole dentaire de Paris.

M. Jourdain s'étonnait de faire de la prose sans le savoir, on s'étonne, en lisant les commentaires de législation et de jurisprudence de M. Roger, de devenir jurisconsulte sans s'en douter. Nous le félicitons d'avoir compris qu'il s'adressait surtout à des dentistes et non à des hommes de loi.

Pour peu que la loi de 1892 ait une durée égale à celle de l'an XI, nous prédisons au *Code du chirurgien-dentiste* de nombreuses éditions car il épuise la matière.

Explication de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, de l'art dentaire et de l'art des accouchements, par Ch. Blagny, licencié en droit notaire à Arbois. Typographie Chapeau, à Arbois, Jura.

Cet opuscule de 64 pages est un commentaire bien succinct de la loi sur l'exercice de la médecine qui en ses 36 articles soulève des problèmes importants. On peut en juger en parcourant le volume de MM. Roger et Godon.

Les quelques lignes de commentaire sur le titre II qui nous concerne sont bien insuffisantes pour ceux de nos confrères qui veulent connaître l'étendue de leurs droits.

Les médecins auront quelque profit à consulter la brochure de M. Blagny nous n'oserons dire qu'il en serait de même pour les dentistes.

Des maladies dites de dentition, par le Dr Sejournet de Revin. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, mars et avril 1893.

Nous avons déjà fait connaître les excellents travaux de M. Séjournet sur les accidents de dentition [1]. Nous sommes heureux qu'il revienne sur ce sujet qu'il a si bien éclairé, grâce à des observations directes sur les enfants confiés à ses soins.

Les partisans des accidents de dentition, s'appuient surtout sur

1. *Aide-mémoire du chirurgien-dentiste*, 1re partie, p. 40.

des observations cliniques isolées, M. Séjournet en donne un assez grand nombre, elles sont le résultat d'une étude poursuivie pendant plusieurs années sur une population circonscrite, cela fait l'intérêt de son travail.

Nous avons déploré lors de la discussion de l'année dernière devant l'Académie de médecine, que les contradicteurs n'appuyaient pas assez leurs dires sur des faits. Ce reproche on ne le fera pas à M. Séjournet, car ses études ont comme support des observations bien faites et examinées avec sagacité. Il dit :

Pendant cinq ans, de 1886 à 1890, dans une localité de 4.000 âmes, où j'exerce seul et où le chiffre des naissances est, en moyenne, de 120, j'ai pris jour par jour, les observations de tous les petits malades de 0 à 2 ans. J'ai spécialement noté l'état de la dentition chez tous, avant, pendant et après la maladie, car le médecin ne doit pas régler son opinion sur celle des familles, pour qui les dents sont en cause dans presque toutes les affections infantiles, et il ne suffit pas qu'un enfant soit en âge de faire des dents ou qu'il ait les gencives un peu rouges et tendues pendant sa maladie, pour que celle-ci soit mise sur le compte du travail dentaire ; il faut souvent attendre et suivre le malade même après guérison, pour se faire une idée exacte du rôle étiologique de la dentition.

En cinq ans, j'ai recueilli 737 observations de maladies infantiles et dans 72 seulement j'ai noté qu'il y avait, soit coïncidence, soit relation plus ou moins directe entre la dentition et les maladies (*loc. cit.*, p. 112).

Cela est documentaire comme dirait M. Zola. Examinons les dits documents. Ils sont assez concluants comme on va le voir.

De mes 72 petits malades, huit seulement étaient élevés au sein, 14, quoique prenant le sein, mangeaient un peu de tout ; 20 étaient nourris au biberon, 28 étaient sevrés et alimentés sans règle pour la plupart, 9 avaient été sevrés prématurément et mangeaient à discrétion.

M. Séjournet établit quatre catégories d'observations, dans la première il range celles qui se rapportent à des enfants qui paraissaient faire des dents quand ils sont tombés malades, parce qu'ils avaient les gencives gonflées, rouges, plus ou moins fermes et, dit-il, dures. On aurait pu croire que la dentition en était cause. Ayant suivi les enfants après leur guérison, j'ai reconnu qu'il n'en était rien, car les dents ne leur ont percé que beaucoup plus tard quand on n'y pensait plus.

Voici les plus typiques de cette catégorie :

Ainsi dans l'observation deuxième de 1886, un enfant de 9 mois qui prenait le sein et mangeait, fut atteint d'embarras gastrique et de convulsions pendant trois jours ; les parents croyaient qu'il faisait des dents et les premières ne sont sorties que deux mois plus tard.

Dans la septième de 1886, un enfant âgé de 14 mois, prenant le sein et divers aliments, est pris de congestion pulmonaire qui guérit le quatrième jour ; il paraissait faire des dents qui ne sont venues que longtemps après.

Dans la onzième de 1886, un garçon de dix mois, élevé au verre, est

atteint de diarrhée, il paraît faire les deux incisives médianes inférieures qui ne sortent que plus tard.

Dans un autre groupe, M. Séjournet réunit des observations d'éruptions dentaires, dans le cours de maladies infectieuses ayant déterminé des pyrexies. Dans ces cas, l'influence dentaire sur l'apparition de la maladie n'existe pas; au contraire, il semble que l'état fébrile a provoqué l'éruption à une époque un peu plus précoce.

Dans un dernier groupe l'auteur range des observations où l'influence dentaire se fait sentir mais associée à d'autres causes du désordre :

Observation dixième de 1888, sevré à 11 mois, avant d'avoir des dents, il se fait une éruption, papulo-pustuleuse aux fesses, aux parties génitales et aux cuisses aussitôt après le sevrage. La première incisive apparaît quinze jours après la privation du sein, en pleine éruption cutanée ; celle-ci disparait quelques jours après.

Ici, est-ce la dentition qui a provoqué l'éruption ? N'est-ce pas plutôt le changement de régime, puisque l'éruption a succédé au sevrage et que la première dent n'est sortie que quinze jours après.

Je ferai observer que beaucoup de ces enfants qui avaient fait leurs premières dents sans qu'on s'en aperçut quand ils prenaient le sein, ont présenté des accidents après le sevrage alors qu'ils mangeaient comme père et mère.

Ces mêmes accidents sont fréquents chez ceux qui, tout en prenant le sein, mangent trop et pour lesquels on brave toutes les règles de l'hygiène. Ainsi observation vingtième de 1890, un garçon qui a mangé à table comme sa nourrice, est atteint, après cet écart de régime, d'embarras gastro-intestinal et le lendemain lui percent trois incisives. N'est-ce pas un pur hasard, une coïncidence ? Je me le demande. En tout cas, ce qui n'est pas un hasard, c'est l'écart de régime suivi de diarrhée et de vomissements.

Nous avons déjà dit que M. Séjournet n'est pas un négateur absolu des accidents de dentition ainsi que le prouve la citation suivante :

« Si la dentition n'est pas la cause réelle des maladies de l'enfance, elle a cependant quelquefois, chez les sujets les mieux nourris et les mieux soignés une influence indéniable qui lui appartient bien en propre ; elle peut, [en effet impressionner désagréablement certains enfants qui, pour la percée des dents souffrent, crient, ont de l'insomnie, quelques désordres digestifs ou une toux légère.

» La dentition dans quelques-uns de ces cas, très rares à la vérité, m'a paru agir réellement pour son propre compte.

» Les cas que je vais citer et je n'en possède que sept, me paraissent être les seuls que l'on puisse réellement rattacher à la dentition, car toute autre cause m'a paru devoir être écartée de l'étiologie des accidents. Mais je me hâte d'ajouter que ce n'est pas à des maladies réelles que je fais allusion, c'est seulement à des indispositions, à de légers accidents ou à de simples malaises qui, pour la plupart, ont été calmés par l'incision des gencives.

» Quant à la perte de poids qu'éprouveraient les enfants non malades au moment de l'éruption des dents, je ne l'ai jamais constatée chez le

enfants élevés au sein, qui progressaient sans arrêt et augmentaient régulièrement de 25 à 40 grammes par jour, à l'âge dentaire ; par contre, j'ai vu la courbe des pesées devenir irrégulière chez des enfants élevés au biberon et dont le développement était retardé de temps à autre par des accidents gastro-intestinaux principalement.

» Les indispositions dont je veux parler et que j'attribue à la dentition ont été de si courte durée, qu'elles ne pouvaient guère compromettre la nutrition. »

Obs. 23e de 1890. — L..., sevré, avait huit incisives à 18 mois ; il avait fait toutes ses dents sans en souffrir. Un soir, je fus appelé près de lui parce qu'il se tordait et criait depuis trois heures ; il n'était pas malade ni même indisposé auparavant. J'examinai la bouche, la gencive était très sensible et très dure au niveau de la petite molaire inférieure droite ; j'incisai, la dent parut et l'enfant fut calmé comme par enchantement.

Obs. 15e de 1886. — R..., garçon de huit mois, élevé au sein, bel enfant qui vient et qui profite admirablement ; a quatre incisives dont les premières ont percé à six mois, sans souffrances ; un soir, l'enfant qui n'était pas malade poussait des cris depuis une heure quand je constatai qu'une incisive inférieure latérale était près de percer ; je fis une incision qui rétablit le calme aussitôt.

Obs. 6e de 1886. — Enfant de 13 mois, mange beaucoup, fait des dents avec cris et insomnie, a eu des convulsions antérieurement par surcharge alimentaire.

La gencive dure et rouge est incisée au niveau de l'incisive latérale inférieure gauche ; la dent apparaît le lendemain.

Je ferai observer que toutes les dents indistinctement sont en cause dans les indispositions précédentes et que les malaises ou légers accidents de la dentition ne dépendent pas plus de l'éruption des incisives supérieures ou inférieures que de l'éruption des petites molaires ou des canines.

Ainsi, dans sept cas sur 734 malades, et sur 71 à qui des dents ont percé dans le temps de leur maladie, dans sept cas seulement j'ai constaté des indispositions que j'ai cru devoir attribuer exclusivement à l'éruption dentaire.

Quant aux accidents locaux de la dentition, ils sont très rares ; je n'ai remarqué qu'un cas se rapportant spécialement à cette catégorie d'accidents et je le signale d'autant plus volontiers que je ne l'ai encore observé qu'une fois. Il s'agit d'une gingivite purpurique ou ecchymotique au cours de la scarlatine, ou plutôt d'une ecchymose de la largeur du plateau gingival, au niveau de deux petites molaires qui, du reste ont percé facilement.

Voici ses conclusions :

I. — De tout ce qui précède, il résulte que je suis en droit de n'attacher qu'une importance très minime à la dentition, car celle-ci ne peut réellement être considéré comme une cause sérieuse des maladies infantiles, puisque chez 37 malades seulement sur 734, soit dans 5 0/0 des cas, il paraît exister une certaine relation entre la dentition et la maladie.

II — Cette relation n'est souvent qu'une coïncidence, comme les

prouve l'apparition des dents au cours des maladies infectieuses et, si ce n'est pas qu'une coïncidence dans les autres cas, je crois devoir ne reconnaître à la dentition qu'un rôle tout à fait secondaire, ne voir en elle qu'une cause adjuvante, faisant pencher la balance du côté d'une prédisposition héréditaire ou acquise.

III. — Les cas dans lesquels la dentition paraît avoir eu une action plus directe ne sont que des indispositions passagères et je n'en compte que 7 sur 734 malades.

IV. — Il ne reste donc presque rien des maladies dites de dentition.

ERRATUM

Compte-rendu du livre de M. Viau.

Lire :

Craie préparée pulvérisée	40 gr.
Chlorate de potasse	20 —
Bichromate de potasse	2 —
Salol	4 —
Essence de cochléaria	2 —

Et non :

Bichromate de potasse	20 gr.

NÉCROLOGIE

Nous apprenons la mort de M. Préterre décédé à Paris, à l'âge de 72 ans. M. Préterre avait une certaine notoriété.

C'était une figure assez curieuse de notre monde professionnel et à ce titre, nous pensons accorder à sa mémoire une place dans notre journal.

Il eut le mérite de fonder l'un des premiers journaux professionnels, *l'Art dentaire.*

Pendant longtemps M. Préterre se donna comme dentiste américain; il était français, né à Bolbec, Seine-Inférieure.

Tout d'abord intéressé dans une entreprise de vêtements confectionnés, il y fit de mauvaises affaires et fut déclaré en faillite. Il passa l'Atlantique pour apprendre la profession de dentiste chez son frère, établi à New-York, qui s'y disait « dentiste français ».

Cet esprit pratique s'assimila rapidement quelques notions d'art dentaire puis revint en France vers 1854. L'insuffisance des dentistes de 1850 créèrent à MM. Fowler et Préterre une situation exceptionnelle et bientôt ils eurent un des meilleurs cabinets de Paris.

Il s'était fait une spécialité des restaurations faciales et palatines pour lesquelles il avait acquis une grande expérience.

M. Préterre avait des qualités exceptionnelles d'administrateur

et il sut mener de front une maison à Paris et nombre de succursales en province.

On se rappelle ses nombreux démêlés judiciaires avec ses associés et ses opérateurs, etc., etc. Ainsi que ses insuccès dans ses demandes en réhabilitation, nous n'insisterons pas sur ces points qui montrent sous un jour assez défavorable ce confrère normand doublé d'un Yankee.

Il fut l'un des premiers souscripteurs de l'Ecole dentaire de Paris où il essaya même de faire quelques leçons.



NOUVELLES

COLUMBIA DENTAL CLUB

Le 20 mai dernier, ce cercle pendait la crémaillère dans son nouveau local, 300 Michigan, Avenue Chicago. Là se trouvaient réunis en une joyeuse société plus de cinquante membres de la profession dentaire de Chicago, et l'ouverture du cercle s'est accomplie sous les auspices les plus favorables. Ceux qui aiment la musique et le chant se sont amusés en faisant de la musique vocale et instrumentale, d'autres se sont réunis en groupes pour causer et avant de se séparer, tous les membres ont pris part au lunch offert par le cercle.

Au dernier concours du bureau central (chirurgie) l'une des questions orales donnée était : Diagnostic et traitement du cancer de la langue.

MORT ACCIDENTELLE D'UN DENTISTE A LA SUITE D'ABSORPTION DU PROTOXYDE D'AZOTE

Les récits des journaux ne donnent pas une idée bien claire des tristes circonstances dans lesquelles un dentiste de Londres perdit la vie. D'une enquête personnelle, la cause de la mort est, sans aucun doute, l'asphyxie ordinaire, plutôt que la paralysie respiratoire causée par le protoxyde d'azote. Il y avait trois cylindres de 100 gallons chacun (1362 litres 900), dans la pièce. Deux étaient dans un coin, posés verticalement. L'un de ces cylindres était plein et fermé, l'autre était ouvert, avec la clef en position, et était vide. Le troisième, nouvellement arrivé, était couché par terre, enveloppé de papier brun. En comparant les cas notés au livre d'affai-

res, il est possible que le cylindre en train ait été à moitié plein, mais il est possible aussi que le nouveau cylindre était destiné à le remplacer. Le mort fut trouvé par un domestique, penché dans un coin de la chambre. Le masque était près de la bouche, on est incertain si il reposait sur les genoux ou si le mort le tenait dans la main. La main gauche semblait avoir reposé sur le support à gaz, ce qui explique une ecchymose sur la surface antérieure du poignet. Le corps était chaud, la cyanose était très prononcée, il n'y avait plus de pouls et la respiration artificielle fut essayée vainement.

L'autopsie montra une légère hypertrophie du ventricule gauche, le côté droit du cœur engorgé, et partout le système veineux très congestionné. Les poumons étaient également très congestionnés, mais il n'y avait aucun corps étranger dans les voies respiratoires. Il est difficile de croire qu'on pût rester assis droit sur une chaise et aspirer le protoxyde d'azote en tenant le masque à la main jusqu'à paralysie du centre respiratoire.

Mme Sarah Radel âgée de 40 ans, de Halifax, Philadelphia, est morte subitement dans le fauteuil d'un dentiste après avoir aspiré du gaz pour l'extraction de plusieurs dents. Le Dr Dashiell avait enlevé deux dents quand il vit que sa cliente s'affaissait. Tous les efforts pour la ranimer furent inutiles elle mourut en quelques minutes.

(*The Dental Tribune*)

Une délégation du Conseil supérieur de l'Instruction Publique a visité les locaux de l'Ecole dentaire de Paris. Le Conseil délibère actuellement sur le réglement d'études et d'examens.

CLIENTE ET DENTISTES

C'est dans une petite ville des environs de Paris que s'est passée cette petite histoire suivante dont nous garantissons l'authenticité.

Mme X..., ayant une dent à se faire extraire, se rendit chez M. Y..., dentiste dans ladite ville. Celui-ci se mit tout aussitôt en devoir de procéder à l'opération, mais, maladresse ou difficulté opératoire, il cassa la dent : « Vraiment, madame, s'empresse-t-il de dire à sa patiente, il n'est pas étonnant que cette dent se soit cassée car vous avez une *véritable mâchoire d'ours !* »

La dame, sous le coup de l'émotion opératoire, ne songea pas à protester, mais, quelques jours après, elle s'en fut chez M. Z..., autre dentiste de la même ville et lui conta son cas :

« Croiriez-vous, monsieur, lui dit-elle en terminant, que votre confrère, non content de me casser ma dent, m'a dit que j'avais une mâchoire d'ours !

— Mon Dieu, madame, répond M. Z..., d'un air aimable, il avait raison, mais il n'aurait pas dû le dire.

Du coup, Mme X... s'enfuit, et court encore.

AVIS

Par décision du Conseil d'administration, la collection de la première année de la *Revue Internationale d'odontologie* est MISE EN VENTE AU PRIX DE 6 FR. NET prise au bureau du journal.
Envoi par la poste, en France, 50 c.
Envoi pour l'Etranger, 1 fr.

VOL. 2. JUILLET 1893 N° 7

REVUE INTERNATIONALE

D'ODONTOLOGIE

DÉCRET RÉGLEMENTANT LA DURÉE DES ÉTUDES ET LES CONDITIONS D'EXAMEN POUR OBTENIR LE DIPLOME DE CHIRURGIEN-DENTISTE

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes,

Vu la loi du 30 novembre 1892 et notamment les articles 2 et 5 ;

Vu la loi du 27 février 1880 ;

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

Art. 1er. — Les études en vue du diplôme de chirurgien-dentiste ont une durée de trois ans.

Art. 2. — Les aspirants doivent produire, pour prendre leur première inscription, soit un diplôme de bachelier, soit le certificat d'études prévu par le décret du 30 juillet 1886, modifié par le décret du 25 juillet 1893, soit le certificat d'études primaires supérieures.

Art. 3. — Ils subissent après la douzième inscription trois examens sur les matières suivantes :

1er examen.

Eléments d'anatomie et de physiologie ;
Anatomie et physiologie spéciales de la bouche.

2e examen.

Eléments de pathologie et de thérapeutique ;
Pathologie spéciale de la bouche ;
Médicaments ; anesthésiques.

3e examen.

Clinique ; affections dentaires et maladies qui y sont liées. — Opérations.
Exécution d'une pièce de prothèse dentaire.

Art. 4. — Les examens sont subis au siège des facultés et écoles

de médecine où l'enseignement dentaire est organisé, devant un jury de trois membres.

Peuvent faire partie du jury des chirurgiens-dentistes, et, par mesure transitoire, des dentistes désignés par le ministre de l'instruction publique.

Le jury est présidé par un professeur de faculté de médecine.

Art. 5. — Les dentistes inscrits au rôle des patentes au 1er janvier 1892 peuvent postuler le diplôme de chirurgien-dentiste à la seule condition de subir les examens prévus par l'article 3 du présent décret.

Les dentistes de nationalité française, inscrits à ce rôle antérieurement au 1er janvier 1889, sont dispensés en outre du premier examen.

Les dentistes pourvus, antérieurement au 1er novembre 1893, d'un diplôme délivré par l'une des écoles d'enseignement dentaire existant en France à la date du présent décret, peuvent postuler le diplôme de chirurgien-dentiste à la seule condition de subir le deuxième examen.

Art. 6. — Les dentistes reçus à l'étranger et qui voudront exercer en France seront tenus de subir les examens prévus au présent décret.

Ils pourront obtenir dispense partielle ou totale de la scolarité, après avis du comité consultatif de l'enseignement public.

Art. 7. — Un règlement spécial, rendu après avis de la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique, organisera l'enseignement dans celles des facultés et écoles de médecine où il pourra être établi.

Art. 8. — Le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Marly-le-Roi, le 25 juillet 1893.

CARNOT.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes,

R. POINCARÉ.

LES CONSÉQUENCES DU DÉCRET DU 25 JUILLET 1893

Le décret du 25 juillet 1893 est le premier acte officiel depuis le vote de la loi sur l'exercice de la médecine. Il indique l'orientation du gouvernement sur cette question capitale pour l'avenir de notre profession. Or nous trouvons cette orientation bonne.

Pour la durée des études, pour les conditions d'inscription et d'examens, en ce qui concerne les dispositions transitoires, on a bien voulu tenir compte des vœux des dentistes. Nous en remercions les hommes éminents qui ont fait prévaloir ces solutions libérales et démocratiques devant le conseil supérieur de

l'instruction publique : M. Liard, directeur de l'enseignement supérieur, M. Brouardel, doyen de la faculté de médecine.

En n'exigeant que le brevet de l'enseignement primaire supérieur, on n'a pas voulu empêcher l'exercice de l'art dentaire à ceux qui, comme les mécaniciens-dentistes, ont de bonne heure le souci du gagne-pain. C'est servir l'intérêt général.

En donnant place dans les jurys d'examens aux professionnels, on est en accord avec la logique et la réalité des faits ; l'appréciation de la valeur pratique des candidats entrera en ligne de compte. Cela n'agréera pourtant pas à tout le monde, et certains de nos doctes confrères considéreront cette décision comme l'abomination de la désolation. Ils se consoleront.

En accordant certaines dispenses de scolarité et d'examens à ceux qui sont déjà engagés dans la carrière, on fait œuvre de justice et de bonne politique. Nous avons montré à propos du *Dentist's Act* les effets tardifs de toute réglementation. De par l'article 5, la loi entrera ainsi plus vite dans les mœurs, elle va forcer un certain nombre de dentistes à faire des études complémentaires qu'ils n'auraient pas abordées, si l'on avait dressé devant eux une falaise escarpée.

Ainsi entendue la réglementation nous paraît supérieure aux lois anglaises et allemandes, et ses bons effets ne tarderont pas à se faire sentir.

Ce résultat est le fruit de douze années d'efforts, et si les dentistes n'étaient pas d'eux-mêmes sortis de l'ornière, ces règlements auraient été tout autres et on nous aurait fait une réglementation comme en Autriche. Des tentatives suprêmes ont pourtant assailli les membres influents du conseil supérieur, mais comme ils avaient pu se rendre compte par eux-mêmes de l'œuvre des écoles dentaires libres, ils ont jugé à leur valeur ces prétentions d'impuissants solennels.

Pour la génération actuelle, la question primordiale était celle des dispenses d'examens ; elle a été heureusement résolue, grâce à l'activité de la commission qui s'était chargée de présenter les doléances des dentistes. Cette entreprise a eu plein succès. Elle est une victoire des idées d'union. Puissent-elles nous en assurer d'autres.

P. Dubois.

Nous publierons, dans notre prochain numéro, un commentaire du décret du 25 juillet 1893, *définissant la situation des dentistes voulant obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste.*

ÉTATS GÉNÉRAUX PHYSIOLOGIQUES ET MALADIES AFFECTANT LES DENTS ET LES GENCIVES

Par M. P. Dubois.

La pathologie des tissus durs de la dent est tout à fait spéciale, et sous la dépendance de la constitution fondamentale de l'organe. Les modifications de l'état général à l'âge adulte n'influent sur eux que d'une manière indirecte et éloignée. Cela tient au revêtement minéral des dents qui est inextensible, qui contient une minime proportion de matière organique ; ainsi qu'à la faible vascularisation de l'ivoire, à sa calcification progressive, au rôle transitoire et limité de la pulpe dentaire.

Les troubles de la période infantile doivent être distingués de ceux de la période adulte. Sur l'organe en voie d'évolution, intra ou extra-maxillaire, les perturbations de l'état général déterminent des malformations qui diminuent la résistance de l'organe, qui l'affectent directement, tandis qu'à l'âge adulte nombre de maladies ne l'altèrent que peu ou point. Ceci est surtout vrai pour les tissus durs, car pour les tissus mous la dénutrition et les altérations consécutives sont plus fréquentes; ainsi la mortification de la pulpe, l'ébranlement et la chute précoces, à la suite de troubles de la circulation, de l'innervation, sont facilités par ce fait, que l'alvéole et le ligament n'ont pas la passivité de l'émail et de la dentine.

La gencive n'a pas les caractères anatomiques spéciaux de la dent, aussi participe-t-elle plus que celle-ci aux variations de la nutrition organique.

Les affections générales deviennent néanmoins très actives quand elles modifient pathologiquement le milieu buccal ; quand elles altèrent la composition chimique de la salive, quand elles créent une desquamation épithéliale énergique, quand elles favorisent le développement des microorganismes pathogènes, quand elles diminuent les phénomènes de phagocytose. Que ces influences externes s'ajoutent à la perversion de nutrition, elles accélèrent le processus destructeur. Ainsi la susceptibilité morbide des dents et des parties associées est différente selon les tissus, selon les âges ; et le retentissement des maladies se fait surtout sentir quand elles modifient le milieu buccal.

Nous ne donnons ici que quelques notions sommaires sur les affections qui influent le système dentaire, ce *memento* ayant surtout pour but de permettre au dentiste de soupçonner un état général mauvais et, dans ce cas, de renvoyer le patient au

médecin; de s'abstenir de certaines opérations, ou au moins d'en reculer l'exécution.

ACTINOMYCOSE

Maladie parasitaire résultant de la pénétration dans l'organisme d'un champignon spécial (*actinomyces bovis*) observé sur certaines graminées en Danemark, principalement sur l'orge, se développant ensuite sur les animaux, surtout sur le bœuf, puis chez l'homme. Toute plaie peut lui servir de porte d'entrée, mais le plus souvent il est véhiculé avec les aliments ; cela explique pourquoi les maxillaires sont le siège d'élection des accidents primitifs. Une carie pénétrante, un alvéole béant à la suite d'extraction, une fistule, une lésion gingivale ou amygdalienne banales, peuvent devenir points d'inoculation. L'actinomycose est rare en France et la plupart des cas publiés sont d'origine allemande. Cela est probablement dû à nos habitudes alimentaires.

Les tumeurs actinomycosiques ont au début les dimensions et la dureté d'un noyau de cerise, elles sont mobiles et indolentes occupent de préférence le maxillaire inférieur, la région sous-maxillaire, l'angle de la mâchoire. Dans un stade avancé elles deviennent molles, adhérentes, douloureuses, puis ulcérées et donnant issue à du pus renfermant les colonies parasitaires, pouvant émigrer, se multiplier, et envahir successivement le cou, le larynx, la région claviculaire. Un phlegmon circonscrit peut se développer dans leur entourage. Quand le début est à la mâchoire supérieure, cela est plus grave, les joues, la région temporale et même la base du crâne et la colonne vertébrale peuvent être secondairement envahis (Rotter).

Les voies respiratoires, l'abdomen sont exceptionnellement le siège des accidents primitifs. La généralisation viscérale et la mort sont fatales si on n'a pas pu exciser le foyer primitif.

Sauf l'examen microscopique qui décèle l'existence du champignon, le diagnostic n'a pas de signes bien caractéristiques et la confusion avec une lésion inflammatoire et surtout avec les tumeurs des mâchoires est possible.

Haussmann dit : « La forme cervico-faciale se distingue des » affections aiguës ou chroniques de la mâchoire par l'indo- » lence de son début, par l'étendue des parties envahies, par » l'ouverture relativement tardive de ses foyers, par l'appari- » tion précoce du trismus, enfin par l'absence d'engorgement

» ganglionnaire et de délimitation bien nette du côté des » tissus environnants » (*In Arch. gén. de Méd.*).

Le traitement est exclusivement chirurgical, il exige des opérations larges et précoces, pour entraver la migration des colonies et la généralisation viscérale. Le pronostic est grave.

ALBUMINURIE

Syndrome consécutif à une affection du rein. Présence de l'albumine dans les urines. L'albuminurique vrai a des tissus œdématiés, le gonflement s'observe surtout aux jambes, aux paupières. Le malade accuse souvent *des douleurs rénales*, de la céphalalgie, de l'essoufflement, des accidents oculaires : mouches volantes, amblyopie, amaurose ; l'urine mousse aisément et conserve des bulles. L'albuminurie peut s'associer au diabète.

Les troubles circulatoires de cette diathèse se manifestent souvent dans les premiers stades de la maladie par une congestion gingivale, une dégénérescence atrophique du ligament alvéolo-dentaire ; la chute rapide et généralisée des dents en sont des effets fréquents.

Dans la période avancée de la maladie, quand il s'est produit des accidents urémiques, une stomatite érythémato-pultacée s'observe. L'érythème simple fait bientôt place à un enduit grisâtre, épais, pâteux et gluant, d'une odeur fade qu'on peut enlever par un grattage superficiel ; cet enduit a une épaisseur de plusieurs millimètres ; il semble même dans quelques cas obstruer la cavité buccale (E. Barrié, *De la stomatite urémique, in Arch. gén. de Méd.*). Cette stomatite est de pronostic grave comme l'urémie elle-même. L'albuminurie est une contre-indication des opérations sanglantes.

ANÉMIE

L'anémie gingivale et labiale, caractérisée par la pâleur des muqueuses, tient à l'anémie générale. Dans cette affection, le nombre des globules rouges est diminué, leur volume est plus petit que d'habitude.

L'anémie peut être primitive ou secondaire, la plupart des maladies chroniques s'accompagnent d'anémies secondaires. Il est toujours bon, quand la pâleur de la muqueuse buccale et de la conjonctive font soupçonner l'anémie, d'engager les patients à suivre un traitement général approprié, quelle que soit l'affection locale pour laquelle on les traite. L'anémie aggrave ou prolonge toutes les affections.

Elle modifie le milieu buccal et donne une marche envahissante aux caries, elle crée une gingivite secondaire, la muqueuse pâle dans la majeure partie de sa hauteur montre au bord libre et surtout aux languettes interstitielles des parties enflammées, parfois fongueuses, le mucus buccal est abondant et acide, la salive filante et épaisse. En raison de sa cause, cette gingivite est rebelle aux applications topiques.

Le fer prescrit dans l'anémie a été soupçonné d'être cause de carie. Nous pensons que les effets fâcheux constatés sont surtout dus aux véhicules sucrés trop souvent employés, et non au fer lui-même.

Comme adjuvant du traitement général on combattra l'acidité de la salive par des poudres faiblement alcalines. Des obturations provisoires à la gutta-percha ou avec les ciments, seront souvent profitables.

ATAXIE LOCOMOTRICE

Incoordination des mouvements, surtout de ceux des membres inférieurs, ayant pour origine une altération des cordons postérieurs de la moelle.

L'ataxie locomotrice a des manifestations graves sur le système dentaire, elles semblent dues à une dégénérescence du trijumeau. Les dents chancellent et tombent après une résorption alvéolaire rapide et étendue.

L'ataxique a une marche incertaine, il ne mesure pas ses mouvements, lance follement ses jambes en avant, il monte et descend difficilement les escaliers, fait passer le talon en premier, il ne peut pas garder l'équilibre les yeux fermés. Les différentes parties du corps peuvent être le siège de névralgies très pénibles : *douleurs fulgurantes*. Parfois, au contraire, la sensibilité est abolie sur certains points.

Les phénomènes atrophiques dont le bord alvéolaire et les dents sont le siège ne s'observent pas dès le début, mais à une période avancée de la maladie.

A propos de la chute des dents dans l'ataxie, M. Galippe n'a voulu voir qu'une prédisposition du malade à l'envahissement par les germes infectieux.

« Il est bien évident que si dans l'ataxie locomotrice la chute des dents, qui est loin d'être une règle absolue, pouvait être attribuée exclusivement à des troubles trophiques, on n'y trouverait point de parasites » (Galippe, *Soc. de Biologie*, 1886).

Nous ne voyons pas les raisons de cette opposition patholo-

gique. Nous avons déjà répondu à ce raisonnement (*Odontologie*, 1886, p. 259).

La chute des dents n'est pas le seul désordre constaté, la déformation et la chute des ongles et des cheveux s'observent aussi. Invoquera-t-on pour eux l'action du parasite ? Le bord alvéolaire est le siège de nécroses, mais ces phénomènes de dénutrition ne se localisent pas aux maxillaires, on observe chez les ataxiques des fractures spontanées des os longs, fémur, radius ; cela établit d'une manière péremptoire l'origine trophique du désordre, l'action microbienne est consécutive.

L'ataxie locomotrice confirmée est de pronostic grave et le traitement est palliatif.

COQUELUCHE

Maladie infantile, épidémique et contagieuse, caractérisée par une toux convulsive.

Les propagations inflammatoires, donnent lieu à de la stomatite généralement érythémateuse, et les accès de toux à des ulcérations sublinguales, correspondant aux cuspides ou aux bords des dents, surtout quand elles sont cariées. Ces dents irritent mécaniquement la langue dans les efforts quinteux.

Ces ulcérations sont parfois très douloureuses, elles font redouter aux enfants les approches des quintes et même l'alimentation. De là l'accélération des désordres généraux.

La gangrène de la bouche a été observée exceptionnellement dans la coqueluche.

DIABÈTE SUCRÉ

Maladie générale caractérisée essentiellement par la glycosurie permanente, c'est-à-dire la présence de sucre dans l'urine. Le diabète insipide ou polyurie simple n'intéresse pas le dentiste. La glycémie ou la présence du sucre dans le sang a pour conséquences des altérations nutritives nombreuses. Certaines régions mal nourries ont tendance à s'enflammer, à dégénérer, à se gangréner. La bouche et les dents ressentent non seulement les effets de la glycémie, mais encore une action de cause locale énergique : l'altération du mucus buccal qui devient acide. Cette acidité a été rapportée à la décomposition du sucre, à la formation d'acide lactique.

Ces causes multiples expliquent les désordres étendus qu'on constate dans la bouche des diabétiques. Du côté des gencives, rougeur, tuméfaction, fongosité avec tendance aux hémorra-

gies, à la pyorrhée alvéolaire. Donc les dents s'ébranlent et parfois se carient d'une manière rapide; ces caries se produisent vers le collet et dans les interstices des grosses molaires. Il est important pour le praticien d'être édifié au sujet du diabète, car son existence modifie singulièrement le pronostic d'une affection même simple. Lorsque chez un individu bien portant d'apparence et d'âge moyen on trouve une ou plusieurs des manifestations locales indiquées ci-dessus, on recherchera si les symptômes généraux du diabète s'ajoutent aux premiers. Une soif ardente et presque constante, une exagération de l'appétit, l'augmentation considérable journalière de la quantité d'urine, souvent l'amaigrissement et l'affaiblissement musculaires sont les principaux de ces symptômes. Alors on conseillera de faire faire une analyse de l'urine.

Les extractions chez les diabétiques peuvent devenir dangereuses; des hémorragies incoercibles, des centres de gangrène peuvent en résulter. Les injections sous-gingivales sont de même contre-indiquées, ainsi que les applications caustiques, s'il y a hémorragie post-opératoire.

ÉCLAMPSIE

Affection convulsive atteignant la femme pendant la grossesse (éclampsie puerpérale); l'enfant pendant le premier âge (éclampsie infantile). Nous avons discuté à propos de l'érosion la théorie de Magitot qui attribue à l'éclampsie un rôle exclusif dans la production de l'érosion. Elle est abandonnée.

L'influence de l'éclampsie, comme de toutes les affections de la vie fœtale et infantile, sur les dents n'est pas douteuse; mais elle n'est pas exclusive des autres troubles de nutrition et de croissance aux mêmes époques.

ESTOMAC

Les maladies de l'estomac ont souvent pour conséquence la fétidité de la bouche, l'état saburral, l'inflammation gingivale chronique. L'altération du mucus gastrique retentit sur la composition chimique de la salive et du mucus buccal qui acquièrent généralement une acidité excessive; une réaction inverse, c'est-à-dire alcaline, s'opère dans les affections graves où il y a anachlorhydrie. Le dépôt de tartre vert est souvent observé consécutivement aux affections stomacales.

L'hyperacidité des liquides buccaux crée une altération assez étendue de l'émail qui devient rugueux, des caries molles, étendues, nombreuses s'établissent, la localisation au collet est

fréquente, même aux dents antérieures de la mâchoire inférieure qui sont habituellement peu susceptibles de carie. La récidive de carie après l'obturation est fréquente.

Les dentifrices alcalins sont indiqués. Les ciments et la gutta-percha sont les substances obturatrices qui conviennent le mieux dans ces cas.

GRIPPE OU INFLUENZA

Maladie infectieuse et épidémique se propageant avec une grande rapidité, ayant des formes et des localisations multiples: pulmonaire, gastro-intestinale, nerveuse, s'accompagnant de céphalalgie, de fièvre, de prostration, cette dernière pouvant persister pendant plusieurs mois. Chez les individus affaiblis, elle prend rapidement un caractère alarmant. Les manifestations buccales de la grippe sont assez fréquentes, elles ont été signalées par Gubler [1], Hugenschmidt [2], Lecaudey [3] et nous-même [4].

Une stomatite ulcéreuse constituée par de petites ulcérations circulaires isolées, puis confluentes, recouvertes ou non d'une pseudo-membrane d'un jaune citron (Hugenschmidt) en est la forme la plus fréquente. Au bord libre l'ulcération paraît continue et sertissant les dents. Au palais, elles sont plutôt isolées. La tuméfaction est rarement accusée, néanmoins la propagation inflammatoire gagne généralement le ligament et il y a de la mobilité des dents et de la douleur à la percussion. La desquamation épithéliale crée une gêne fonctionnelle pour la mastication et la déglutition.

Les gencives sont plus fréquemment affectées que les autres parties de la muqueuse buccale : amygdales, langue, voile du palais, néanmoins les manifestations grippales n'y sont pas rares. En plus de ces accidents muqueux, Hugenschmidt a signalé (*Revue internationale d'Odontologie* 1892, p. 57), des périostites, des névralgies du trijumeau, des accidents d'évolution de dent de sagesse.

Traitement. — Attoucher les points ulcérés avec un pinceau imbibé d'alcool thymiqué ou phéniqué, gargarismes à l'acide borique, collutoires laudanisés.

---

1. Gubler, art. *Bouche. Dict. encyclopédique des sc. médicales de Dechambre*. t. X, p. 257.
2. Hugenschmidt, *Des complications infectieuses buccales et dentaires de la grippe pendant les épidémies de* 1889-90 *et* 91-92. *Revue Internationale d'Odontologie*, août 1892, p. 57.
3. Lecaudey, *Odontologie*, février 1890, p. 54 et 70.
4. Dubois, *Odontologie*, février 1890, p. 54 et 70.

GOUTTE, GRAVELLE

Affections connexes, ayant aussi des relations étiologiques avec le rhumatisme. Manifestation des diathèses urique ou phosphatique ayant du retentissement sur la gencive et par extension sur les attaches ligamenteuses de la dent. La salive comme l'urine est un véhicule de certains produits de désassimilation ; de ce nombre, les sels terreux. Dans ces états constitutionnels ils sont produits en plus grande quantité, se précipitent dans la bouche, se déposent autour des dents de là tous les effets nocifs du tartre.

La lithiase salivaire n'avait pas échappé à Hippocrate qui dit : « On observe chez les goutteux des tumeurs sous la langue, » serrées, fermes et peu grosses, elles contiennent des pierres. » Ils ont les articulations faibles. Leurs os deviennent naturel- » lement âpres : c'est la cause des tensions qui se font sentir à » leurs articulations » (*Épidémies*, 2).

La production abondante de tartre, surtout chez un patient ayant dépassé l'âge moyen, sera un indice de goutte, de gravelle ; si cela n'est pas soupçonné du malade on fera bien de l'en avertir afin d'établir le traitement et l'hygiène appropriés.

Traitement : 1° *Local.* Celui des manifestations buccales.

2° *Général.* Activer l'assimilation, modérer l'alimentation azotée, ainsi que l'usage des boissons alcooliques, des vins généreux, etc.

GROSSESSE

La gestation aggrave certains états pathologiques, les femmes des villes ont pendant cette période des troubles circulatoires, gastro-intestinaux, nerveux, etc., qui ont du retentissement sur la composition chimique de la salive, sur ses réactions micro-biologiques, et affectent plus ou moins la muqueuse gingivale et les dents.

Le désordre le plus fréquent est un état inflammatoire des gencives que MM. Pinard ont ainsi décrit : « Les gencives » sont plus rouges, plus congestionnées qu'à l'état normal ; » elles sont tuméfiées, la saillie du bord libre, interdentaire » surtout, exagère l'aspect festonné, normal et recouvre une » partie de chaque dent. Ce bourrelet gingival nous a paru être » plus accusé au niveau de la partie antérieure ou convexe des » deux maxillaires qu'au niveau des molaires. La moindre » pression exercée au niveau de la tuméfaction détermine de » petites hémorragies. A un degré plus avancé, les dents ont

» perdu de leur solidité, il devient facile de leur imprimer des » mouvements appréciables et quelquefois semblent obéir à une » pression qui s'exercerait du haut en bas. Leur bord libre de- » vient plus saillant que celui des autres dents, enfin elles sont » spontanément expulsées de leur loge alvéolaire ainsi que nous » en avons vu plusieurs exemples. » (*De la Gingivite des femmes enceintes et de son traitement,* Paris, 1877.)

L'acidité du mucus buccal et l'activité microbieune sont plus accusées, il en résulte la formation de nouvelles caries, ou l'accélération de celles qui préexistaient.

Cela crée l'obligation de traiter immédiatement les dents cariées des femmes grosses. Si la patiente est par trop nerveuse et sujette à l'avortement, on ne fera que des pansements palliatifs et des obturations provisoires.

Nous avons déjà discuté (*Thérap. de la carie dentaire*) l'opportunité de l'extraction dans l'état de grossesse. S'il y a difficulté masticatoire, déglutition du pus, accidents complexes, l'extraction sera le plus souvent profitable.

La gingivite est justiciable du nettoyage et des applications topiques (Voir *Gencives*).

MM. Pinard ont conseillé le collutoire suivant appliqué tous les jours ou tous les deux jours au bord libre.

Hydrate de chloral. . . . . }	ââ
Alcoolat de cochléaria. . . . . }	

Les gargarismes et collutoires alcalins combattront l'acidité du liquide salivaire.

HERPÈS, ZOSTER OU ZONA

Dermatite vésiculeuse consécutive à une ou plusieurs névrites profondes; elle cause des douleurs très vives. Le zona peut avoir des localisations buccales. Alors il se présente « sous » forme d'affection inflammatoire aiguë d'une partie de la mu- » queuse buccale, caractérisée par une éruption de vésicules » herpétiques, ayant les dimensions d'un grain de millet ou » beaucoup plus larges, si elles se fusionnent entre elles, dis- » posées en groupe selon une direction régulière, précédées et » accompagnées d'une douleur névralgique de toutes les ramifi- » cations de la cinquième paire » (Hugenschmidt, *Comptes rendus du 1er Congrès dentaire International*, p. 115). Le zona évolue en deux périodes : 1° période d'invasion qui dure environ trois jours ; 2° période éruptive durant un ou deux septenaires.

L'expectative, des collutoires calmants cocaïnés et morphinés constituent le traitement.

MENSTRUATION

Les troubles circulatoires, la surexcitation nerveuse que la menstruation détermine, surtout quand il y a dysménorrhée, peuvent retentir sur les gencives et les tissus dentaires vasculaires : pulpe et ligament.

Pour Delestre, la congestion gingivale est assez fréquente : « Dans la dysménorrhée, les gencives se congestionnent, se » boursouflent et saignent facilement, surtout à l'époque des » règles; il en est de même lorsque les règles se sont arrêtées » brusquement, il a été rapporté un assez grand nombre de cas » dans lesquels l'hémorragie menstruelle a été suppléée par » un écoulement sanguin de la muqueuse gingivale ramollie ; » enfin l'on remarquera que la plus grande fréquence du ra» mollissement des gencives chez la femme coïncide avec l'é» poque de la cessation des règles » (Delestre, *Du ramollissement des gencives.*)

Pour M. Sauvez [1], au contraire, les phénomènes de congestion s'observeraient surtout à la période de début, par suite de la phlétore sanguine et de l'excitation du système nerveux.

En principe, l'époque des règles n'est nullement une contre-indication opératoire pour le dentiste. Chez les femmes très impressionnables on pourra différer de quelques jours les opérations si l'on redoute de provoquer un choc nerveux.

NÉVROSES. ÉPILEPSIE

Les grandes névroses sont souvent le stigmate de tares héréditaires par conséquent s'accompagnent de malformations dentaires, congénitales ; leurs manifestations de l'âge adulte créent des altérations de nutrition qui influent sur la vitalité des attaches de la dent.

Dans le cours des attaques d'épilepsie, la langue est souvent mordue sur les bords ou à la pointe (V. *Langue*).

OSTÉOMALACIE

Dénutrition calcique du squelette qui s'incurve, se fracture spontanément ou pour le moindre choc; sur certains malades on a observé 30, 40 et dans un cas 90 fractures (Renard).

La charpente osseuse n'ayant plus de résistance tout mouvement est impossible à ceux qui en sont affectés.

1. Sauvez, *Influence de la menstruation sur les accidents d'origine dentaire, Odontologie* 1892, p. 545.)

« Arrivé au degré ultime de la maladie, l'os n'est plus un corps résistant. C'est un tissu, en quelque sorte, parenchymateux, souple comme un morceau de caoutchouc, n'offrant aucune résistance à l'instrument tranchant..... tous les principes calcaires ayant en effet disparus, il ne reste plus qu'une trame organique molle, d'une couleur habituellement foncée, entourée d'une membrane assez dense qui contraste avec la partie centrale par sa couleur plus claire » (P. Bouley, *De l'ostéomalacie chez l'homme et les animaux domestiques*).

Cette maladie est très rare en France ; des cas un peu plus nombreux ont été observés après le siège. En Allemagne elle serait plus fréquente. Les femmes et surtout les multipares y sont plus sujettes que l'homme.

Cette dénutrition calcaire semble moins influencer les maxillaires que les autres parties du squelette. Quant aux dents, elles ne subissent pas les effets de la décalcification.

« Les os de la face ne sont que très rarement atteints. Les » dents ne sont presque jamais ébranlées ; elles conservent » leur solidité et ne se ramollissent jamais » (P. Bouley, *loc. cit.*,p. 40).

Ainsi voilà une maladie où la décalcification est démontrée par les symptômes, par l'analyse chimique même, et quoiqu'il en soit, les dents restent en dehors du processus dénutritif. Cela vient à l'appui de ce que nous avons dit dans le préambule de ce chapitre.

PYREXIES

Toutes les maladies fébriles ont une influence nocive sur la muqueuse buccale, les dents et,dans les cas exceptionnels, les maxillaires. L'élévation de température, la diminution et l'altération du liquide salivaire, l'affaiblissement ou la suppression de l'attrition alimentaire, la rétention des détritus d'épithélium usés, la modification des réactions chimiques et microbiennes des liquides et mucosités en présence ; enfin le délaissement des soins de propreté créent un encombrement saburral des gencives et des dents, dans ce milieu éminemment pathologique, l'acidité du mucus buccal devient considérable, ainsi que la prolifération microbienne. Il en résulte une décalcification des parties de dents en contact avec l'enduit fuligineux et par suite des caries étendues, principalement au collet, des gingivites ulcéreuses et infectieuses, des nécroses raréfiantes du bord alvéolaire avec ou sans formation de séquestre. Les désordres alvéolaires ont des conséquences ultérieures sur la solidité des attaches ligamenteuses et entraînent souvent la chute précoce des dents.

La fièvre typhoïde, la rougeole, la scarlatine, la variole sont les maladies fébriles qui affectent le plus souvent la cavité buccale. Les accidents s'observent plutôt à la période de déclin et pendant la convalescence. Cela doit tenir à l'accumulation antérieure des détritus.

Il découle de cet exposé que les fébricitants exigent des soins buccaux particuliers, que non seulement, on ne doit pas négliger la propreté, mais encore, qu'il est nécessaire d'enlever quotidiennement, à l'aide d'un morceau de bois, l'enduit fuligineux qui tend à recouvrir les dents et les gencives. Dans ce but nous conseillons la poudre suivante :

Chlorate de potasse pulvérisé	15 gr.
Magnésie calcinée	10 gr.
Essence de menthe	20 gouttes.

Des gargarismes d'eau oxygénée diluée dans trois fois son volume d'eau, ou à défaut un dentifrice additionné d'un antiseptique, entraveront l'infection, la décalcification, et les inflammations gingivales consécutives.

RACHITISME

Perversion de nutrition du système osseux, ossification anormale. Il en résulte des arrêts de développement, une calcification incomplète des différentes pièces du squelette, une incurvation des os longs, une locomotion imparfaite et retardée. Le rachitisme tient le plus souvent à des prédispositions héréditaires, à une alimentation défectueuse — alimentation carnée donnée trop tôt ou en trop grande abondance — insuffisance alimentaire des éléments calciques *assimilables* pour l'enfant.

Il se produit ordinairement du 5e au 20e mois au plus tard, c'est-à-dire pendant une période active de la calcification dentaire, aussi le rachitisme s'accompagne-t-il fréquemment de retards notables dans l'éruption des dents (Théryc a noté chez des enfants rachitiques âgés de 2 ou 3 ans des dentures limitées à 3 ou 4 dents), d'anomalies de structure, de nombre, ainsi que d'atrésie des maxillaires.

Une hygiène alimentaire bien entendue, l'huile de foie de morue, le phosphate de chaux triomphent généralement de ce trouble passager. Certaines déformations osseuses du rachitisme sont indélébiles et ne s'effacent pas malgré l'accroissement ultérieur.

RHUMATISME ET ARTHRITISME

Diathèse mal définie dont le caractère fondamental est la

tendance aux localisations articulaires, elle a des manifestations variées sur les viscères et différents tissus de l'économie : artérites, phlébites calcifiées, endocardite et péricardite, lithiases biliaire et urinaire, tophus goutteux (Th. Guyot).

Les recherches récentes de Sappey de Ranvier et de Malassez enlèvent à la gaîne d'enveloppe des racines les caractères de périoste osseux pour la ranger parmi les ligaments. S'il en est ainsi, on s'explique la fréquence de la périodontite dans le rhumatisme, et pourquoi le ligament alvéolaire dentaire est frappé. Toutefois cette localisation n'est pas constante (Voir *Périodontite expulsive*). Dans le rhumatisme, la gencive est aussi affectée, les différentes formes d'inflammation chronique s'observent.

Enfin des nodosités rhumatismales sous-muqueuses peuvent se montrer, elles siègent de préférence à la partie linguale de la gencive inférieure. Les nodosités rhumatismales sont de consistance osseuse, ayant parfois quelque élasticité. La saillie atteint la grosseur d'un pois et même d'une amande. Elles pourraient se confondre avec les altérations syphilitiques ; les commémoratifs dissiperont les doutes à cet égard ;

On notera aussi dans cette diathèse l'altération du liquide salivaire qui devient franchement acide. La parenté du rhumatisme avec la diathèse goutteuse est évidente, la transformation de l'une dans l'autre est fréquente, ainsi que l'existence de formes mixtes.

SCORBUT

Dyscrasie produite par la privation d'aliments végétaux frais; le froid humide, l'encombrement et toutes les mauvaises conditions hygiéniques y prédisposent.

Il s'observe sur les prisonniers [1], les habitants des villes assiégées [2], les marins après de longues croisières.

Il est distinct des affections gingivales de cause locale ; les phénomènes généraux dominent et s'observent tout d'abord; dans certains cas les manifestations buccales sont légères (de Beurmann) et parfois font défaut (Hamburger).

Symptômes. — Ils consistent en des troubles préliminaires durant deux à trois semaines au moins, avant que le malade ait recours au médecin. Sensation de lassitude extrême, difficulté à la marche, douleurs aux membres inférieurs, œdème aux malléoles, froid aux pieds d'une manière constante. Du côté du système cutané on constate ensuite des pétéchies « sous

1. De Beurmann, *Étude sur les causes et sur les symptômes du scorbut du prisonnier. Arch. Gén. de méd.*, janv., fév., mars, 1884.
2. Delpech, *Le scorbut pendant le siège de Paris*, J.-B. Baillière, Paris, 1871.

» forme de petites taches arrondies dont l'étendue varie depuis » la largeur d'un grain de millet jusqu'à celle d'un grain de » chénevis, surmontées d'une petite saillie papuleuse, formées » d'un amas de cellules épidermiques desséchées et traversées » par un poil souvent atrophié » (de Beurmann, *loc. cit.*, p. 52).

Des ecchymoses d'étendue variable s'établissent aux membres inférieurs, cuisses, mollets, malléoles. La pâleur générale, la bouffissure de la face, des épistaxis s'ajoutent aux phénomènes dont nous venons de parler.

Les désordres gingivaux sont secondaires, comme nous l'avons déjà dit, quoique fréquents, ils ne sont pas constants. Les gencives deviennent rouge lie-de-vin, tuméfiées, fongueuses, surtout aux languettes interdentaires; dans les cas graves les fongosités peuvent recouvrir les couronnes des dents. Une suppuration interalvéolaire, l'ébranlement des dents, la fétidité de la bouche accompagnent la tuméfaction gingivale. La chute des dents, la nécrose des alvéoles peuvent compliquer les désordres primitifs.

La stomatite scorbutique laisse toujours après elle de la résorption alvéolaire.

La voûte palatine est quelquefois le siège de plaques ecchymosiques, les piliers, la face interne des joues peuvent également présenter des pétéchies, cela est plus rare.

Les lésions scorbutiques s'accompagnent toujours d'une grande facilité hémorragique, le saignement peut même être spontané.

Les désordres gingivaux sont assez tenaces dans le scorbut et ne disparaissent qu'en dernier.

Le scorbut peut devenir grave et avoir une terminaison fatale.

Traitement. — Changement de régime, adjonction d'aliments végétaux frais, médication tonique. Toucher les fongosités avec le nitrate d'argent, l'acide chromique, gargarismes détersifs, puis dans la période de déclin, astringents, collutoire au rathania.

SCROFULE

Les recherches récentes tendent à enlever à la scrofule des caractères spéciaux et différents de la tuberculose. Dans ses formes bénignes, surtout chez les enfants elle a une allure un peu particulière, et on peut dire : qu'elle est une diathèse caractérisée par une susceptibilité spéciale du système lymphatique, dont les ganglions s'enflamment sous l'influence des causes les plus légères. Les scrofuleux ont en outre, un habitus particulier; nez déprimé vers la racine, narines larges, grosses lèvres se gerçant facilement, peau lisse et très fine.

La scrofule est une cause prédisposante pour beaucoup de maladies ; elle en retarde la guérison et fait passer à l'état chronique certaines affections de la bouche. Les scrofuleux suppurent facilement et leurs plaies sont longues à guérir. Chez les scrofuleux, les dents cariées de première dentition méritent une plus grande attention que chez les autres enfants ; l'éruption des dents de la seconde dentition devra être aussi très surveillée, par suite de la tendance à la suppuration alvéolaire, et consécutivement à la formation d'adénites suppurées. Des destructions osseuses à la voûte palatine, dans la cavité nasale, peuvent être la conséquence de la scrofule (Voir *Tuberculose*, *Adénite*).

SYPHILIS

Les manifestations dentaires et buccales de la syphilis sont nombreuses et polymorphes, qu'elles aient une origine héréditaire ou une origine acquise, que le contage soit accidentel, comme dans la syphilis acquise des enfants (nourrice infectée, biberon, verre, jouets, linges sales, baiser d'amis ou parents en puissance de syphilis), ou qu'elle résulte de sa cause la plus fréquente ; le rapprochement sexuel.

La syphilis héréditaire qui crée une mortalité infantile considérable, influe toujours sur la santé des enfants ; la syphilis maternelle est plus redoutable que la syphilis paternelle. Sa nocivité diminue avec l'âge de la maladie, et si des accidents de syphilis héréditaire ont été observés après vingt ans et plus, on peut dire que quand l'inoculation a plus de dix ans de date, les accidents sont nuls ou bénins.

La syphilis transmise héréditairement est une cause fréquente d'anomalies de structure, de forme, de nombre, d'éruption, elle peut donner lieu à des perforations palatines, elle crée un état de misère physiologique qui place l'enfant à l'état d'imminence morbide. Cela crée l'obligation d'une surveillance attentive pendant la période de dentition.

La syphilis héréditaire est contagieuse, l'enfant ne peut être allaité que par la mère ou par un animal, l'allaitement artificiel enlève des chances de durée aux enfants.

La syphilis acquise a des manifestations buccales et osseuses, mais elle n'influe pas sur les dents ; celles-ci une fois formées.

Ses trois états : 1° *syphilis primitive* ; 2° *syphilis secondaire ;* 3° *syphilis tertiaire*, peuvent se rencontrer dans la bouche.

1° *Syphilis primitive ou chancre.* — Ulcération généralement peu étendue, apparaissant sur le point d'inoculation du virus. Le contact avec un autre chancre, avec une plaque muqueuse, avec leurs sécrétions, communique la maladie ; le sein de la nourrice, l'usage de tasses, d'outils, d'instruments de chirurgie contaminés peuvent produire l'inoculation. Les érosions et toute solution de continuité aux muqueuses, à la peau favorisent l'inoculation.

Le chancre infectant est ordinairement solitaire, parfois recouvert d'une fausse membrane grisâtre comme une escharre, reposant sur une couche de tissu légèrement soulevée, dure (l'induration), l'inflammation est peu intense et toujours limitée au voisinage immédiat. La douleur est nulle ou peu prononcée, surtout s'il n'y a ni mouvements, ni frottements.

Toutes les parties de la muqueuse buccale peuvent être son siège : lèvres, langue, amygdales, etc. Il est généralement plus mamelonné, plus dur aux lèvres que sur les autres points. Les symptômes généraux ne se montrent qu'après un certain laps de temps (quelques jours, quelques semaines, pendant lesquels l'incubation s'opère). Puis, fièvre, céphalalgie, adénopathie et accidents secondaires ;

2° *Syphilis secondaire.* — Deuxième stade de la maladie, apparaissant de 10 à 60 jours et plus après l'inoculation, et ayant tout d'abord une durée de quelques semaines, puis des poussées successives se reproduisant pendant plusieurs années.

Les phénomènes généraux sont plus accusés que dans la période précédente ; alors la fièvre, l'insomnie, les douleurs ostéoscopes nocturnes, l'anémie secondaire, la céphalalgie, l'adénite sous-maxillaire et parotidienne s'ajoutent aux éruptions cutanées, roséole, érythèmes, et aux ulcérations spécifiques de la période dont la caractéristique est la plaque muqueuse. Ces productions, qui prennent la forme érosive ou papulo-érosive, siègent non seulement à la bouche et à l'arrière-bouche, mais encore à la vulve, au vagin, etc.

Les plaques muqueuses se distinguent du chancre, en ce qu'elles sont moins profondes, moins indurées, rarement uniques ; qu'elles sont toujours postérieures à celui-ci, et presque toujours accompagnées des accidents généraux et des éruptions cutanées dont nous parlons plus haut. Elles rendent difficile la déglutition, mais ne causent spontanément que peu ou point de douleurs, ainsi que les autres ulcérations et tumeurs syphilitiques. Les plaques à formes érosives pourraient faire croire à une simple écorchure ou à une irritation traumatique. Dans la forme papulo-érosive, les plaques tendent

à se recouvrir d'une pellicule ou d'une croutelle plus ou moins épaisse sous laquelle la suppuration, la désorganisation du tissu s'opèrent. Elles n'ont point du tout la forme inflammatoire et, en dehors de leur voisinage immédiat, la congestion, la tuméfaction ne s'observent pas. Selon l'état général, l'intervention ou la non-intervention de la thérapeutique spécifique, d'après le siège, de par l'action des irritants traumatiques (pipe, tartre, racines aiguës, pièce de prothèse) elles s'étendent plus ou moins ; leurs dimensions varient de la largeur d'une lentille à celle d'une amande. Si le processus pathologique a une gravité extraordinaire, si la diathèse n'est pas combattue, elles s'étendent sur de plus grandes surfaces. On les constate sur toutes les parties de la cavité buccale ; pourtant les amygdales, la voûte palatine, le sillon gingivo-labial sont les plus fréquemment affectés ;

3° *Syphilis tertiaire.* — Troisième stade de la maladie pouvant suivre de très près les accidents relatés ci-dessus (accidents tertiaires précoces) ou n'apparaissant que longtemps après, dix, quinze, vingt ans et plus (accidents tertiaires tardifs). A cette période les accidents sont plus graves, siègent plus profondément, et sont l'indice d'une cachexie avancée. Le traitement est plus difficile. Aux altérations du tégument externe s'ajoutent des perforations osseuses, ainsi que des exostoses; les viscères, les centres nerveux peuvent être atteints d'emblée ou secondairement. La gomme est l'altération typique de la syphilis tertiaire : la forme tuberculeuse et ulcérante s'observent rarement. La gomme est une tumeur peu volumineuse, surtout au début, dure d'abord, se ramollissant ensuite et laissant enfin écouler un liquide puriforme en produisant des pertes de tissus, sous forme de cavité ou ulcérations à fond grisâtre. Donc : induration, ramollissement, ulcération.

Sous l'influence d'un traitement énergique, la tumeur peut s'arrêter à l'une des deux premières phases et se résorber avant d'avoir causé des pertes de substances et les cicatrices vicieuses qui en résultent presque toujours. Dans les cas graves ou non soignés, la gomme peut s'étendre sur de larges surfaces, mais dans la plupart, elles n'atteignent que le volume d'un gros pois, celui d'une amande. Toutes les parties du corps peuvent en être le siège, pourtant les os de la face, la cavité buccale sont les plus fréquemment atteints. A la voûte palatine, elles détruisent rapidement l'os et nombre de perforations qui nécessitent la pose d'un obturateur sont dues à cette lésion. La gomme ne cause que peu de douleurs au début et peut passerinaperçue du malade.

Il n'en est pas de même lorsque les destructions sont étendues, alors les douleurs spontanées ou provoquées par les mouvements de la déglutition, sont parfois atroces. La suppuration abondante se produisant dans un état cachectique donne lieu à des complications redoutables pour l'organisme tout entier.

Les signes ci-dessus, les phénomènes concomitants, les aveux du malade sur la nature des ulcérations antérieures, de la thérapeutique qu'on lui a prescrite, serviront à distinguer les ulcérations et tumeurs syphilitiques, des érosions traumatiques, des affections franchement inflammatoires ou microbiennes des gingivites, des stomatites ; de la tuberculose buccale, du scorbut, etc.

Lorsque la présomption sérieuse de syphilis constitutionnelle existera, on préviendra le malade des risques qu'il encourt On tiendra compte de ceci : que le traitement local seul est absolument inefficace, et qu'il n'est qu'un adjuvant au traitement général qui, bien dirigé, amène promptement la cicatrisation et la résorption des ulcérations et des tumeurs.

Les lésions tertiaires sont rebelles et graves et exigent une thérapeutique énergique, une hygiène buccale spéciale ; suppression du tabac, de l'alcool, éloignement de pièces de prothèse facilitant la rétention du pus.

Concurremment avec l'administration de l'iodure de potassium, et parfois du mercure, on fera faire des gargarismes fréquents, six, huit par jour, avec des solutions iodées, hydrargyrisées faibles, les escharrotiques seront délaissés. Déterger souvent les tissus et les soustraire à l'action prolongée du pus est une condition de succès, il sera des fois assez long à obtenir ; des semaines et même plusieurs mois.

S'il y avait formation d'un séquestre, son extraction, une fois mobile hâtera la cicatrisation. Une alimentation reconstituante et une hygiène générale sont indiquées.

Le chancre mou (ou non infectant) ne se montre que très rarement à la bouche ; les lèvres seules pourraient en être le siège.

Enfin nous devons dire, à propos de la principale maladie vénérienne qu'on a observé exceptionnellement la blennorrhagie buccale.

TUBERCULOSE

La tuberculose, qui affecte si profondément l'économie, ne paraît guère influencer les dents. Il n'en est pas de même de la muqueuse buccale qui est parfois le siège d'ulcérations tuberculeuses.

Le pharynx, la langue, puis le voile du palais, la voûte palatine, les amygdales sont leurs lieux d'élection ; à la partie antérieure de la bouche elles sont assez rares. Trélat, qui fut des premiers à signaler la tuberculose buccale, décrit ainsi le tubercule naissant : « On trouve sur la muqueuse une tache, une » plaque à peine saillante, ronde, large de 1 à 3 ou 4 mil- » limètres, laissant voir à sa surface encore recouverte d'épi- » thélium un ou plusieurs orifices folliculaires. Cette tache est » d'une couleur jaune clair, analogue à celle du pus phlegmo- » neux. Au bout de peu de jours, l'épithélium se détruit et » bientôt laisse à nu une surface ulcérée » (Trélat, *Note sur l'ulcère tuberculeux de la bouche*).

Les ulcérations tuberculeuses ont une marche chronique comme l'affection initiale elle-même, et Trélat dit qu'elles peuvent durer six, douze et même dix-huit mois. Leurs signes extérieurs sont d'être superficielles, d'avoir un fond gris rosé ou gris jaunâtre, avec des bords d'un rouge vif ; circulaires lors de leur apparition, elles prennent ensuite des contours serpigineux ; la confluence de plusieurs ulcérations peut leur faire atteindre une assez grande étendue. Dans un cas de Gelade presque toute la moitié droite de la voûte palatine était ulcérée. A côté d'une ulcération à sa période d'état, d'autres non encore desquamées s'observent, les ulcérations tuberculeuses sont rarement solitaires.

Primitivement indolentes, elles deviennent douloureuses par suite de la desquamation épithéliale ; des désordres fonctionnels en résultent. Elles sont un symptôme de tuberculose avancée. Les ulcérations tuberculeuses sont de diagnostic assez difficile, elles pourraient surtout se confondre avec celles d'origine syphilitique, notamment les plaques muqueuses, avec la stomatite aphteuse.

Le diagnostic ne sera bien précisé que par l'étude des commémoratifs l'auscultation et l'examen bactériologique des crachats.

Le traitement est subordonné à celui de l'affection elle même.

CAS DE NÉVRALGIE FACIALE GUÉRI PAR L'EXTRACTION DE VINGT-SIX DENTS

Par M. Prével,
Ex-chef de Clinique à l'Ecole Dentaire de Paris.

La névralgie, dans les dires de nos patients, est une dénomi-

nation banale, masquant le plus souvent une simple odontalgie. Il n'en est pas toujours ainsi, et l'observation suivante montre bien quelles douleurs elle cause, combien son étiologie est obscure et le traitement mal indiqué.

Mlle L..., 27 ans, sans profession, vint nous consulter le 6 juin 1887 à la Clinique de l'Ecole dentaire de Paris. Elle accusait des douleurs intolérables, siégeant principalement dans une dent, la première molaire supérieure gauche, et s'irradiant sur tout le côté ; l'exploration ne décelait aucune altération antérieure, pas de trace de carie, pas de périostite, la gencive était saine, rien n'indiquait la cause et la localisation précise du mal. Les arcades dentaires étaient régulières, bien garnies, il ne manquait qu'une grosse molaire inférieure droite enlevée avant nous.

Nous fîmes enquête sur les antécédents pathologiques de la patiente et nous apprîmes ceci :

Les parents jouissaient d'une bonne santé. Le père n'avait jamais eu que des accès de paludisme, disparus par le temps ; la mère avait eu douze enfants, dont deux étaient seulement vivants, les dix autres étaient morts à des âges divers, quelques mois, 2, 3, 10, 15 ans, la plupart avaient dépassé la première enfance. L'alcoolisme paternel était nié par la mère.

Mlle L..., notre malade, avait les apparences de la santé générale ; taille et embonpoint normaux, faciès coloré même un peu congestionné, elle se dit bien réglée ; l'intelligence est moyenne.

A quatre ans, elle eut, sans causes connues, une attaque de paralysie infantile, siégeant au côté gauche.

Jusqu'à 11 ans, elle fut traitée dans son pays, à Nevers et à Fourchambault ; cela sans succès. Puis elle vint à Paris, où dans divers services hospitaliers on essaya d'améliorer son état ; il resta stationnaire.

A cette époque elle commença à ressentir des douleurs névralgiques siégeant dans les dents, ces douleurs étaient telles qu'elles ne permettaient pas le sommeil et faisaient crier jour et nuit. Elle retourna dans plusieurs hôpitaux et cliniques pour faire traiter cette névralgie, consulta MM. Verneuil, Charcot, Debove.

Pendant six semaines elle resta dans le service de ce dernier, où on lui donna jusqu'à 5 grammes d'antipyrine par jour ; il lui fut fait des pulvérisations de chlorure de méthyle, le tout sans aucun résultat. Alors on lui proposa de lui faire la névrotomie. Elle se refusa à cette opération.

La vie lui était intolérable, c'est alors qu'elle vint nous trouver en disant que si on se refusait à lui enlever les dents cause de toutes ses souffrances ; elle se suiciderait.

Devant cette volonté arrêtée, nous enlevâmes une première

dent, l'extraction se fit avec quelque difficulté, car la membrane péridentaire était saine et les attaches vigoureuses. La douleur avait été bien supportée. Un mieux subit en résulta Mlle L..., se disait n'avoir jamais été si heureuse. La douleur névralgique avait entièrement disparu. Nous étions très satisfait de ce succès inespéré. Hélas l'accalmie fut de courte durée, car quelques heures après, les douleurs reparurent, semblant se localiser dans une autre dent, qui fut à son tour accusée de toutes les souffrances. Instances répétées de la malade, instances auxquelles je cédai quelques jours après, tout en faisant résistance le plus longtemps possible.

Chaque fois l'extraction assurait une cessation temporaire des douleurs, cessation allant de quelques heures à quelques jours au plus.

La dent accusée était généralement un peu sensible à la percussion, c'était le seul signe pathognomonique.

Dans l'espace de trois mois, je fis, contre mon gré, vingt-six extractions successives. La bouche entièrement dégarnie, les douleurs cessèrent pour ne plus reparaître. La vie de cette paralytique devenait supportable.

Des désordres gastro-intestinaux résultèrent de la mastication imparfaite, j'y remédiai en faisant un dentier complet.

L'hémiplégie est restée stationnaire.

Depuis quatre ans, j'ai revu la malade à plusieurs reprises, la névralgie n'a pas reparu. Malgré ce laps de temps, le souvenir des souffrances endurées ne s'est pas amoindri, et l'état actuel est envisagé comme le meilleur qu'elle ait connu.

EXAMEN DES DENTS

J'ai gardé 16 de ces dents ; elles ont l'aspect normal, elles sont assez blanches et sont évidemment de tissu compact ; trois ont des traces de carie du deuxième degré peu avancé, les molaires de six ans et les incisives latérales supérieures ont des points d'érosion au bord libre, certaines ont des lacunes de l'émail, lacunes n'ayant pas donné naissance à des caries ; les racines montrent quelques points exostosés.

Nous avons ouvert les dents, la décoloration de l'ivoire est très superficielle sur les parties où il y a commencement de carie. L'ivoire est bien nacré. Dans les cavités pulpaires il n'existe plus que la gaîne conjonctive. Sur les deux premières molaires inférieures, on constate des nodules calcifiés obstruant l'entrée des canaux ; les deux dents ayant ces nodules étaient très blanches et n'ont comme carie, que des petits points non réunis dans les sillons entre les tubercules, la carie ne peut donc pas, à

notre avis, être invoquée comme cause de production de cette calcification limitée.

CONCLUSION

Etant donné la gravité, la durée des souffrances, étant donné que la patiente était hémiplégique, nous ne signalons l'origine dentaire qu'à titre purement conjectural. Car en la circonstance des objections nombreuses pourraient nous être faites. On ne peut pourtant négliger cette association des phénomènes ; la surcalcification évidente de l'ivoire des dents et la névralgie.

Puisque la névralgie faciale du trijumeau n'a pas reparu une fois toutes les dents enlevées, celles-ci doivent donc être facteur étiologique. A quel titre le sont-elles? si nous les examinons nous ne constatons que ceci : la surcalcification se manifestant : par le petit nombre de caries, par la progression lente de celles qui existaient, par l'existence de nodules pulpaires sur des dents presques saines, par l'exiguité des canaux et de la chambre pulpaire.

Nous connaissons bien en pathologie dentaire les effets de l'insuffisance de la calcification des tissus dentaires et sa conséquence commune : les caries envahissantes ; cette observation, et nombre d'autres que nous avons été à même de recueillir, montrent que notre attention pourrait se porter aussi sur l'influence pathogène de la surcalcification.

Mon collègue et ami M. Dubois a abordé l'étude de cet ordre de causes à propos de l'arthrite dentaire ; nombre de névralgies ont, pour nous, la même source.

Ce n'est là qu'une hypothèse. N'est-elle pas la plus probante ?

ERRATUM

Une erreur de mise en page a rendu un peu confus l'article : « Un cas de fistule cutanée d'origine dentaire. » Nous rétablissons le passage avec les figures omises.

Pour le curettage des maxillaires j'ai modifié notablement la forme des curettes. Celle reproduite par la figure 1 m'a rendu les plus grands services.



Fig. 1.— Curette modifiée.

Un tampon d'ouate appliqué dans la plaie arrêta le suintement sanguin, puis on fit le pansement avec la gaze iodoformée.

Le 3 octobre.— Injection par la bouche avec un irrigateur ; le jet sortait largement par l'extérieur.

Le 4 octobre.— Même traitement.

Le 12 octobre.— Une semaine est passée et je revois l'enfant. L'enflure de la joue a diminué et au toucher on perçoit des modifications notables, l'induration diminue. Dans la plaie à l'extérieur il y a de plus en plus formation de bourgeons charnus ; nous attouchons le trajet fistuleux sur toute sa longueur avec du nitrate d'argent, en répétant l'application trois fois par semaine. Comme nous n'osons pas laisser le crayon dans la main du père, nous prescrivons une solution de 5 gr. nitrate d'argent cristallisé pour 30 gr. d'eau distillée ; un morceau de bois entouré d'ouate et trempé dans ce liquide sert aux pansements. L'intérieur de la bouche a bon aspect. J'examine le malade le 2 novembre avec l'espoir de le trouver guéri. Il n'en est pas tout à fait ainsi. Le liquide ne passe plus ; la cicatrisation de la bouche est complète. A l'extérieur, le bourgeonnement persiste, ni plus grand, ni plus petit, quoique la plaie soit touchée tous les deux jours avec la solution de nitrate d'argent. Je conseille de revenir à Paris encore une fois, ce qui fut décidé. Malgré cela le voyage est différé.

Vers le 10 novembre, un second séquestre se fait jour spontanément en arrière de la région sous-maxillaire et à quelque distance des trajets fistuleux. Il était constitué par l'angle même de la mâchoire, ainsi que l'indique la figure suivante. La cicatrisation se fait ensuite rapidement.



Fig. 2.— Séquestre expulsé spontanément.

Au mois d'avril 1893, cinq mois après la sortie du dernier séquestre, j'ai été à même de revoir mon petit malade. La bouche et la joue ne montraient plus de traces du désordre, si ce n'est l'absence des deux dents. La santé générale était parfaite.

Quelques remarques intéressantes découlent de cette observation. Il est probable que des molaires de lait ont donné lieu à de la suppuration diffuse et à une ostéite qui ont eu comme conséquence l'arrêt de développement des racines de la deuxième bicuspide et de la première grosse molaire permanentes. Les dents de lait disparues, la nécrose a été entretenue et aggravée par les dents mal formées qui se sont rapidement mortifiées.

Les médecins traitants n'ont pas vu que les dents affectées secondairement avaient des signes de mortification, que les séquestres devaient être éloignés et que la guérison était à ce prix. Un premier séquestre a été enlevé par nous, le second a été expulsé spontanément; c'est parce que, croyons-nous, le milieu s'était modifié favorablement, par l'éloignement de la cause secondaire, par l'extraction des dents mortifiées, par l'assainissement des parties molles et de la portion du maxillaire nécrosé.

Le malade avait été traité sans succès pendant huit mois, on l'avait abandonné en mettant les accidents au compte de la scrofule (humeurs froides), c'est-à-dire de la tuberculose, et c'est nous, dentiste, qui avons pu faire enquête sur la véritable nature du désordre et avons été assez heureux pour le faire disparaître.

SOCIÉTÉS ODONTOLOGIQUES

RÉUNION DES DIPLOMÉS DES ÉCOLES DENTAIRES FRANÇAISES

Tenue dans le local de l'École dentaire de Paris le 1er juillet 1893.

Présidence de M. Lemerle.

Une commission nommée par le Conseil de Direction de l'École dentaire de Paris avait convoqué les diplomés des écoles à l'effet d'aviser aux mesures à prendre au sujet des dispositions transitoires à appliquer aux diplômes des écoles dentaires françaises.

M. Poinsot ouvre la séance en priant l'assemblée de désigner un président.

Un certain nombre de membres nomment M. Gillard qui décline l'honneur qu'on lui fait.

M. Lemerle est alors nommé président.

M. Lemerle remercie l'assemblée et fait appel à sa bienveillance, puis il demande qu'on nomme un secrétaire étranger à la commission d'initiative; il prie M. Roy de faire fonctions de secrétaire.

M. Lemerle donne lecture d'une lettre de M. Godon qui, s'excusant de ne pouvoir assister à la réunion, indique les revendications qu'il serait nécessaire de faire présenter dans l'intérêt des diplômés et de l'Ecole.

M. Roy dit qu'il est venu à la séance à titre de diplômé et de journaliste, et qu'il n'a nullement qualité pour faire partie du bureau.

Sur l'insistance du président et de quelques membres, M. Roy accepte d'être secrétaire de l'assemblée tout en réservant sa liberté d'appréciation sur la séance.

M. le président. — Vous connaissez, d'après les termes de la circulaire que nous vous avons adressée, le but de cette réunion. En conséquence, je vais donner la parole à celui d'entre vous qui

voudra nous présenter des observations sur les démarches à faire pour obtenir ce que nous désirons.

M. Dubois. — J'ai attendu que d'autres voulussent bien prendre la parole. Puisque personne ne le fait, je crois devoir dire que ce n'est pas à nous à parler les premiers. Nous avons été surpris par cette convocation, et nous ne savons pas réellement de quoi il s'agit. Il me semble que tout d'abord un membre du Conseil devrait nous faire connaître le véritable état des choses, après cela nous pourrions examiner la conduite à suivre.

M. Poinsot dit qu'il va donner satisfaction à M. Dubois. Il expose les démarches faites par lui au nom du Conseil, les dépositions que M. Lecaudey et lui firent devant la Commission du Conseil supérieur et la bienveillante attention qu'on leur accorda. Il explique ensuite la visite inopinée de la délégation du Conseil à l'Ecole dentaire de Paris et l'impossibilité où il fut de convoquer tous les membres du corps enseignant. Enfin il dit : que d'après ses renseignements personnels, nombre de membres du Conseil sont remplis de bonnes dispositions à l'égard des écoles libres.

Sur demande de M. Dubois, M. Poinsot dit que le programme proposé au Conseil est celui de l'Ecole dentaire de Paris.

M. Dubois expose la façon dont il comprend le plan d'études à établir et les dispositions transitoires à édicter. Il développe les idées qu'il a soutenues dans ce journal (Voir *Revue Internationale d'Odontologie*, 1893, p. 193.)

Il s'étonne qu'on n'ait pas proposé autre chose aux pouvoirs publics que le programme de l'Ecole dentaire de Paris, qui ne cadre plus avec les exigences nées de la nouvelle loi. En agissant ainsi on laissait la partie belle aux stomatologistes, et il dit qu'il est regrettable que le Conseil n'ait pas formulé un projet d'ensemble en tenant compte du nouvel état de choses.

Enfin un des membres de la commission, M. Gillard, prend la parole, encore ne le fait-il qu'en son nom personnel. Il fait remarquer que l'article 30 de la loi porte que des dispenses pourront être accordées aux étrangers qui voudront passer les examens français. Si l'on accorde des dispenses aux étrangers, *a fortiori* on doit en accorder aux Français. Pour les diplômés, on doit les dispenser entièrement, sauf pour l'anesthésie.

M. Touchart dit qu'on l'a accusé autrefois de s'être laissé payer de bonnes paroles. Il a bien peur qu'il en soit de même pour M. Poinsot. Ses renseignements ne sont pas en accord avec ceux de M. Poinsot et il croit qu'il est urgent d'aviser.

Il parle de la situation d'un anglais diplômé de l'école qui a obtenu des dispenses d'examen dans son pays grâce à la possession du diplôme de l'Ecole dentaire de Paris. On ne peut faire moins en France qu'à l'étranger. Dans un rapport remis par lui au ministre, il a exposé un plan d'études mixtes, les études médicales étant données à la Faculté, les études techniques d'art dentaire données dans les écoles dentaires.

M. Dubois demande à M. Touchart à quel titre il a présenté ce

plan au ministre, si c'est en son nom personnel, ou au nom du Conseil de Direction dont il fait partie ?

M. Touchard répond que c'est en son nom personnel.

M. Dubois s'étonne qu'un membre influent du Conseil de Direction ait parlé au Gouvernement en son nom personnel, et non au nom de la Société dont il est un des représentants autorisés. Il ajoute qu'il est regrettable que les dentistes n'aient pas su faire l'union une fois la réglementation votée, et qu'on accuse des divisions, non seulement entre groupes et écoles, mais encore, que dans l'Ecole dentaire la plus ancienne, la division existe au sein de ceux qui la dirigent.

M. Touchard demande au président de clore l'incident sans quoi il fera des révélations fâcheuses pour d'autres que pour lui.

M. Francis Jean dit que M. Dubois est dans son rôle en demandant des éclaircissements sur des faits qu'il a droit de connaître.

M. Touchard dit à M. Francis Jean que si on le pousse à bout, il s'expliquera devant l'assemblée et que lui, M. Francis Jean, en sera plus touché que d'autres.

M. Lemerle met fin à l'incident et demande que l'assemblée formule des conclusions sur les dispenses d'examen et d'études pour ceux qui possèdent déjà le diplôme d'une des deux écoles existantes.

M. Dubois résume son projet d'organisation et montre à propos des dispositions transitoires que la commission qui prendra en main les intérêts des diplômés devra s'appuyer sur l'exemple de l'Angleterre pour demander des facilités d'examens analogues à celles qu'on a accordé aux dentistes anglais pendant une période de treize ans.

M. le président invite alors M. Dubois à libeller ses conclusions.

MM. Dubois et *Roy* disent que c'est intervertir les rôles, que la Commission d'initiative a dû réfléchir depuis longtemps à ce qu'il y avait à faire, qu'il n'est pas possible de rédiger séance tenante un projet sur une matière aussi grave, que les membres convoqués peuvent présenter des amendements mais qu'ils ne peuvent improviser en semblable matière.

M. le président explique que les premières décisions du Conseil supérieur ne sont connues que depuis peu, et que c'est tout récemment qu'on a eu l'idée de la réunion actuelle.

M. Gillard dit que M. Dubois a présenté des critiques dont il reconnaît la modération. Il regrette qu'il n'ait pas parlé des étudiants en cours d'études. L'Ecole dentaire de Paris a pris vis-à-vis d'eux des engagements, elle doit les défendre devant le Conseil supérieur.

M. Arnold propose que M. Gillard formule un amendement.

M. le Président dit que les idées exposées par M. Dubois pourraient être combinées avec l'amendement de M. Gillard, mais il serait nécessaire qu'on votât sur un texte.

M. Dubois dit que pour satisfaire aux désirs du président il propose la résolution suivante :

« Les diplômés des écoles dentaires françaises réunis en assem-

» blée générale dans le local de l'Ecole dentaire de Paris deman-
» dent aux membres du Conseil supérieur de bien vouloir prendre
» en considération les vœux suivants :

» Ils demandent également que les représentants des écoles den-
» taires aient place dans les jurys d'examen. »

Cette proposition est adoptée.

M. Touchard propose un examen d'anesthésie après un stage hospitalier de six mois.

Cette proposition est repoussée.

Un amendement de M. Gillard portant que les dispenses d'examens s'étendront aux élèves en cours d'études est adopté.

L'assemblée nomme enfin une commission de cinq membres chargée de rédiger un projet de pétition qui serait envoyé à signer à tous les diplômés. Sont nommés : MM. Dubois, Gillard, Godon, Poinsot, Touchard.

La séance est levée à 11 heures.

RÉUNIONS DE LA COMMISSION

La Commission eut une première réunion le 5 juillet. Étaient présents : MM. Dubois, Godon, Poinsot, Touchard. M. Gillard était absent. Les membres du Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris communiquèrent leurs renseignements personnels. M. Touchard fit connaître que, d'après la confidence d'un membre de la Commission permanente, il avait été décidé de demander aux dentistes exerçant en vertu des dispositions transitoires les trois examens exigés des étudiants, et qu'il n'y aurait pour eux que dispense de scolarité.

Après cet exposé de situation on examina différents textes de pétition et on chargea M. Dubois de rédiger la pétition sur les bases adoptées.

On décida que le président, M. Poinsot, convoquerait la Commission à nouveau si cela était nécessaire.

Dans une seconde réunion à laquelle assistaient MM. Poinsot et Dubois, il fut décidé qu'une démarche serait faite auprès de M. Liard afin de lui expliquer oralement les raisons majeures qui militaient en faveur des demandes des pétitionnaires.

DÉMARCHE AUPRÈS DE M. LIARD

Directeur de l'Enseignement supérieur

Le lundi 17 juillet, MM. Poinsot et Dubois furent reçus par le directeur de l'enseignement supérieur au ministère de l'instruction publique.

M. Poinsot exposa le but de la pétition.

M. Dubois montra la nécessité de mesures transitoires bienveillantes et équitables à l'égard des dentistes qui s'étaient astreints à plusieurs années de scolarité. Cela pour le succès rapide de la loi même.

Le gouvernement anglais ayant, dans une situation analogue, édicté des mesures très larges, il dit que les délégués espéraient bien que le gouvernement de la République française ne serait pas moins libéral que le gouvernement anglais.

M. Liard semblait assez bien disposé à l'égard des dispenses à accorder aux diplômés. Quant à la seconde partie de la pétition qui visait les dentistes n'ayant que la patente, cela ne lui paraissait pas admissible.

M. Poinsot lui demanda de distinguer entre les dentistes ayant plusieurs années de patente et ceux qui n'étaient patentés que depuis peu.

Puis les délégués déposèrent les cent deux pétitions signées recueillies en trois jours.

Voici le texte de cette pétition :

A Monsieur le Ministre de l'Instruction Publique.

Les dentistes soussignés, diplômés des écoles dentaires françaises, réunis en assemblée générale le 1er juillet 1893, dans le local de l'Ecole dentaire de Paris, recommandent à votre bienveillante attention les vœux suivants :

Considérant qu'ils ont fondé spontanément des établissements d'instruction professionnelle qui ont mérité les éloges et les encouragements de sommités scientifiques et politiques, ainsi que l'appui des pouvoirs publics ;

Qu'ils se sont astreints volontairement à faire des études pendant plusieurs années, pour relever la profession de dentiste en France et offrir au public des garanties de savoir et de compétence ;

Que les commissaires du Gouvernement, MM. Liard et Brouardel, ont reconnu ces efforts heureux devant le Sénat et la Chambre des députés ;

Ils demandent que l'article 30 de la loi du 30 novembre 1892 soit complété et interprété avec justice et bienveillance, afin d'assurer la transition du régime de la liberté absolue d'exercice au régime de la réglementation.

Respectueux du nouvel état de choses, ils demandent que leurs études et leur pratique antérieures leur soient comptées, afin de permettre à un certain nombre de praticiens d'obtenir le nouveau diplôme et de faire entrer la loi dans les mœurs.

Ils demandent que le Gouvernement de la République édicte des mesures transitoires aussi libérales que celles formulées par le Gouvernement anglais dans l'article 37 du Dentist's Act de 1873 [1].

---

1. NOTE SUR LE DENTIST'S ACT

Composition des Jurys d'examens. Article 19.

« Chacune de ces Commissions portera le nom de la Commission des examinateurs en art et en chirurgie dentaires, et doit être composée de six » membres dont la moitié au moins doit comprendre des personnes enregistrées conformément à cet Act ; un tel enregistrement doit suffire pour être » membre de ladite Commission. »

Dispenses d'examens ou d'études aux dentistes ou étudiants dentistes, exerçant en vertu des dispositions transitoires, et voulant obtenir le diplôme de licencié en chirurgie dentaire (article 37).

« Une personne qui fait son apprentissage chez un dentiste apte à être en-

En présentant cette requête, ils espèrent servir, ainsi qu'ils l'ont fait dans le passé, l'élévation du niveau professionnel.

Interprètes des vœux de leurs confrères, ils sollicitent de M. le Ministre et du Conseil supérieur de l'Instruction Publique les conditions d'examens formulées ci-après :

1° *Epreuve d'anesthésie*, pour ceux d'entre eux qui possèdent le diplôme des écoles dentaires françaises, reconnues d'utilité publique, qui appartiennent ou ont appartenu à leur corps enseignant, pour leurs étudiants en cours d'études au jour de la promulgation de la loi.

2° Epreuve d'anesthésie et épreuve de capacité professionnelle pour les dentistes exerçant en vertu des dispositions transitoires et ne possédant pas ces diplômes.

Ils demandent également que les écoles dentaires soient représentées dans les jurys d'examen, ainsi que cela se fait en Angleterre. (Voir article 19 du *Dentist's Act.*)

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Séance du 6 juin 1893

Présidence de M. Ducourneau, vice-président.

APPAREIL LAVEUR DU SINUS

M. Franchette présente un appareil laveur du sinus maxillaire, qui permet de faire passer dans cette cavité une quantité relativement considérable de liquide antiseptique.

Cet appareil se compose d'une canule métallique de forme baïonnette, terminée en pomme d'arrosoir par sa partie libre. De cette canule partent deux tuyaux en caoutchouc ; l'un plonge dans un liquide antiseptique par son extrémité libre et se trouve muni à sa partie moyenne d'une poire en caoutchouc à simple effet qui per-

---

» registré et qui finit son apprentissage le 1er janvier 1880, pourra être enre-
» gistré sur le registre créé pour cet Act. Le Conseil général peut dispenser
» des examens ou des autres conditions nécessaires pour l'enregistrement,
» qu'il juge à propos, un élève dentiste ayant commencé son éducation ou son
» apprentissage avant l'application de cet Act. »

Remarques

Le *Dentist's Act* est du 23 juillet 1878. Il accordait aux apprentis des praticiens enregistrés qui, pour les cinq sixièmes, avaient fait une simple déclaration *bona fide*, des dispenses si l'apprentissage était achevé au 1er janvier 1880, c'est-à-dire deux années et demi après.

Cette faculté d'obtenir le diplôme de licencié en chirurgie dentaire par des examens restreints n'a été définitivement abolie que le 12 juillet 1891, treize ans après.

Voici les chiffres donnés par la publication officielle le *Dentist's Register* sur les chiffres et les proportions des différentes catégories des dentistes, enregistrés pour l'année 1892.

Licenciés en chirurgie dentaire : 1179, proportion 24 07.

Praticiens ayant fait la déclaration *bona fide* : 3671, proportion 75 27.

On a vu plus haut par le décret que nous avons obtenu satisfaction.

met d'amener le liquide dans la cavité, l'autre est destiné à l'écoulement du liquide après chaque injection. Pour empêcher cet écoulement dans la bouche, un disque métallique recouvert de caoutchouc est adapté à la canule et étanche le sinus.

La société s'occupe ensuite de la propagande auprès des juges de paix pour la Chambre syndicale et décide de publier dans le journal la lettre d'invitation au Congrès de Chicago.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE LA GRANDE-BRETAGNE

Séance du 5 juin 1893.

Présidence de M. Bowman Macleod.

UN CAS DE RÉIMPLANTATION

M. Bowman Macleod cite un cas de réimplantation, et fait remarquer que quoique ces cas ne soient pas nouveaux et aient été traités avec succès par le passé, chaque nouvel essai mérite d'être rapporté. Le patient était un enfant de 13 ans 1/2 auquel on avait eu occasion de prendre une empreinte pour avoir le modèle d'une anomalie. Ce modèle trouva son utilité ; quelque temps après l'enfant reçut un choc qui brisa la canine et enleva entièrement l'incisive latérale, l'incisive centrale fut aussi enfoncée dans la bouche. L'incisive latérale fut retrouvée trente heures après l'accident, mais on ne retrouva pas la couronne de la dent cassée. En voyant l'enfant, M. Macleod reconnut son patient, et put prouver à l'aide de l'empreinte prise antérieurement, que la canine cassée était une dent temporaire, et que la dent permanente ferait son éruption en temps voulu. L'incisive latérale fut réimplantée, la pulpe ayant été préalablement enlevée et le canal obturé. Le lendemain une petite pièce en vulcanite, augmentée d'une coiffe fut posée pour empêcher le déplacement de la dent.

ANOMALIES DENTAIRES

Le Président montre un cas d'union cémentaire d'une dent de sagesse extraite par M. Robb, de Dundee. Cette dent fut enlevée pour faciliter l'extraction de la seconde molaire. On ne remarquait pas d'autre anomalie. Cette dent appartient à la Société odonto-chirurgicale.

M. Rushton montre une dent de sagesse inférieure surnuméraire où il existe une union cémentaire, ainsi qu'une seconde et une troisième molaires du maxillaire supérieur.

M. Storer Benett pense que le terme *union cémentaire* se rapporte à des dents qui, primitivement séparées se sont réunies par du cément ; c'est pourquoi il croit que le cas cité par le président comme union cémentaire, est en réalité un cas d'odontome.

ANTHRAX DU MENTON

M. H.-G. Read donne des détails particuliers sur un cas d'anthrax chez un garçon de 16 ans, dont le métier était de bourrer les chaises de crin. Il se présente à Saint-Bartholomew's Hospital, ayant le cou enflé. M. Read qui le vit le matin de son admission, s'aperçut qu'il avait une dent cariée et la lui enleva. Ayant remarqué une tache très rouge surmontée d'une pustule jaune sur le menton du jeune homme, il soupçonna un anthrax et le fit admettre. Le patient avait l'air très malade, bien qu'il dit ne pas souffrir beaucoup.

Voici les notes prises quelques heures après son admission: Sur la ligne médiane sur la pointe du menton, immédiatement au-dessus de la symphyse, se trouvait une petite escharre noirâtre entourée d'une auréole rouge, quoique sans inflammation. Il n'y avait pas de vésicules, et très peu d'induration à la base de la pustule. Le cou était gonflé de presque le double de sa grosseur naturelle. Un peu de la sécrétion de cette pustule fut examinée au microscope, mais quoiqu'il y eut quantité de microbes différents, la présence du bacille de l'anthrax ne fut pas révélée. Une petite quantité de la sécrétion, fut injectée à un cobaye, qui mourut dans la soirée du même jour, et dans son sang fourmillaient des masses de bacilles de l'anthrax. Le lendemain de son admission, à 7 heures du soir, le bouton entouré de l'auréole fut enlevé avec le bistouri, au moment de l'opération la température du malade était de 104°-2 (Fahrenheit). Il passa une bonne nuit, et douze heures après l'opération, la température était tombée à 98°. Une semaine après le patient était complètement rétabli.

M. Roughton pense que le cas cité plus haut démontre combien est important que les dentistes aient une connaissance chirurgicale plus approfondie que celle qui se rapporte directement aux dents. Si le jeune homme était tombé entre les mains d'une personne moins habile ou moins instruite que M. Read, il aurait probablement subi le sort du patient qui s'était trouvé en observation dans son service quelque temps avant. Un malade au Royal Free Hospital avait une tache noire sur le cou entourée de vésicules, M. Roughton écorcha une des vésicules, et examina au microscope le serum qu'elle contenait, les microbes de l'anthrax pullulaient. Quoique la pustule maligne ait été excisée, le patient mourut au bout de quelques heures.

ANKYLOSE DE L'ARTICULATION TEMPORO-MAXILLAIRE

M. A.-Alex. Matthews lit une communication faite en collaboration avec M. Horrocks, sur un cas d'ankylose osseuse unilatérale de l'articulation droite temporo-maxillaire. Le patient, un petit garçon de 13 ans, fut admis à l'infirmerie de Bradfort, en janvier 1893, le maxillaire inférieur était immobile. L'historique de ce cas était confus. Dès l'âge de 3 ans l'enfant avait eu des troubles à la région faciale et quatre ans après on jugea nécessaire

d'enlever le condyle nécrosé et le sommet du maxillaire. Au moment de l'admission, la face était asymétrique. Derrière et sous l'angle du maxillaire du côté droit, il existait une petite dépression. Un léger mouvement du côté gauche pouvait être perçu en plaçant les doigts sur l'articulation temporo-maxillaire, mais l'articulation du côté droit était immobile. En passant le doigt dans la bouche, on trouve la membrane muqueuse adhérente à l'épaisseur de l'os. On administra le chloroforme quelques jours après l'admission, et une incision de trois pouces fut faite à peu près à un quart de pouce au-dessus et parallèlement à l'arcade zygomatique. Les tissus furent disséqués et le maxillaire mis à découvert ; cet os fut scié à la partie supérieure, la division fut complétée avec un forceps à os. Les maxillaires furent alors séparés d'à peu près un pouce par un coin à bâillonner, poussé entre les incisives. La plaie fut suturée et guéric en quatre jours. Quatre mois après l'opération, le patient était en parfaite santé, et pouvait manger sans difficulté et sans gêne. Une séparation de cinq huitièmes de pouce fut maintenue. On cite quelques cas décrits par M. Christopher Heath et d'autres.

M. Roughton n'est pas sûr s'il a bien entendu M. Matthews. Mais il a compris qu'il disait que quoiqu'il y eut ankylose osseuse sur le côté droit, et pas de mouvement, on pouvait observer un peu de mouvement du côté gauche. Il serait heureux d'avoir d'autres explications et de connaître un peu l'étiologie du cas.

M. Matthews répond que quand on fit ouvrir la bouche à l'enfant, l'effort qu'il fit produisit un léger mouvement de l'articulation, qu'on pouvait observer en plaçant les doigts sur l'articulation du côté gauche. Il put aussi remuer les dents inférieures mais très peu. L'historique primitif a été difficile à obtenir, mais le cas semble avoir débuté par des troubles du côté des dents, quoique on ne puisse pas définir clairement la cause.

LE CHLORURE D'ÉTHYLE

M. H. Rushton cite ses expériences sur le chlorure d'éthyle. Il l'emploie depuis à peu près dix-huit mois, et, des différentes façons dont il est vendu dans les dépôts, il préfère les tubes avec un bec vissé. Il trouve qu'il remplace avantageusement le protoxyde d'azote dans les cas où ce dernier est nuisible, surtout pour extraire des racines. Il l'emploie avec succès dans toutes les incisions buccales et le trouve d'un grand secours pour faire l'incision des abcès alvéolaires. Cela allège la douleur pour le scellement des couronnes. On pourrait l'employer avec succès pour fraiser les pulpes exposées, mais dans les cas de dentine sensible, selon son expérience il fait plus de mal que de bien.

DES ABCÈS DE L'ANTRE D'HIGHMORE

M. W.-R. Ackland commence une discussion sur le traitement des maladies de l'antre d'Highmore, il confesse qu'il espère plutôt obtenir des informations qu'en donner. Il présume que, en qualité

de dentiste, on s'occupera seulement de la question de pus dans l'antre. Les symptômes sont bien connus, il est donc inutile d'entamer ce sujet, si ce n'est pour dire qu'on a souvent vu de la névralgie quand les fosses nasales étaient bouchées. Quant au diagnostic, une méthode consiste à percuter le palais au moyen d'un brunissoir à tête ronde, mais il n'a jamais rien obtenu de certain par ce moyen.

Mais, M. Christopher Heath, dans son *Dictionnaire de Chirurgie* dit qu'un signe diagnostique est l'ozène, mais l'ozène pourrait exister concurremment avec une maladie de l'antre.

Quant au traitement, il ne sait si l'on connaît généralement l'opération de Mecurick, pour perforer le méat au moyen d'un foret monté sur un tour dentaire. Il l'a essayé lui-même: sans obtenir des résultats satisfaisants, il a fait faire des forets spéciaux aussi larges que possibles pour s'adapter au tour. Les deux opérations furent faites avec l'éther.

Il garde l'ouverture béante au moyen d'une petite plaque de sa construction qui, au lieu de soutenir un tube, supporte un éperon, ce dernier s'étendant dans l'ouverture aussi loin que possible au-dessus du plancher de l'antre. La paroi de l'antre ayant une tendance à s'habituer à n'importe quel antiseptique, on ferait bien de les changer. Il emploie généralement pour commencer de l'eau chaude, ensuite une solution boriquée, il emploie aussi le chlorure de zinc en assez forte solution, en d'autres cas il a employé du sulfate de zinc et de l'acide phosphorique. Dans un cas qui l'intéressait particulièrement, le patient fit pendant plusieurs mois des injections de tous les antiseptiques sans résultat; il essaya alors une solution bénigne de chlorate de potasse, la guérison arriva de suite.

M. S.-J. Hutchinson est enclin à croire que des cas sont souvent traités comme étant d'origine dentaire alors que l'origine est plus profonde qu'on ne croit.

M. Roughton parle de l'obscurité qui entoure quelques cas de maladies de l'antre, ce qui est dû au fait que peu de gens ont vu l'intérieur de façon à donner une indication quant à sa condition pathogénique. Il a l'intention, quand l'occasion se présentera, de faire l'opération suivante : bien tirer la joue en arrière et séparer la membrane muqueuse au sillon entre la joue et la gencive, de manière à exposer la paroi antérieure de l'antre, faire un trou avec un scalpel, coupant trois côtés d'un petit carré de façon à relever cette petite issue pour permettre d'introduire une lumière électrique dans l'antre. Il a fait souvent cette opération sur des cadavres, mais jamais sur un sujet vivant.

M. J. Howard Mummery cite un cas chronique qu'il a soigné, il existait de l'os mortifié, on obtint une guérison momentanée, en grattant l'os mort, mais le mal revint au bout de cinq ans et il fallu recommencer l'opération.

La séance est levée.

(La Société se sépare jusqu'au 6 novembre).

CONGRÈS DE CHICAGO

Réunion des membres faisant partie à un titre quelconque du Congrès de Chicago, et des organisateurs du 1er Congrès dentaire international tenu à Paris en 1889.

La séance est ouverte à 9 heures du soir, au domicile de M. Lecaudey, initiateur de la réunion et président honoraire du bureau pour la France.

MM. Dr E. Lecaudey, Dr Gaillard, Anjubault, Barrié, Chauvin, Crignier, Dubois, Godon, Heïdé, Poinsot.

La présidence du bureau est offerte par M. Lecaudey à M. Crignier.

L'assemblée nomme M. Barrié comme secrétaire.

M. Crignier donne lecture des lettres d'excuses de MM. Dr Marchandé, Dr Kuhn, Blocman, Damain, Ducournau, Papot, Ronnet, regrettant de ne pouvoir se rendre à la convocation.

M. Lecaudey explique que cette réunion, sans distinction de groupe, de société ou d'école, a pour but :

D'envoyer aux dentistes américains et aux congressistes le salut confraternel et les félicitations des confrères français, afin de resserrer les liens contractés avec eux à Paris, en 1889, lors du premier Congrès dentaire international.

M. Godon rappelle l'ordre du jour voté à la dernière séance du Congrès de 1889 et qui était ainsi conçu :

« Le Congrès considère que, dans des circonstances semblables à celles qui ont amené la réunion du Congrès de Paris, il ne pourra qu'être avantageux à la profession de provoquer la réunion de Congrès Dentaires internationaux et laisse aux sociétés Odontologiques adhérentes le soin de déterminer le lieu et l'époque du deuxième Congrès dentaire international. »

M. Dubois rappelle que sans la démarche que MM. Godon, Ronnet et lui-même firent pour obtenir leur participation audit Congrès, les dentistes anglais n'auraient pas adhéré à l'idée du Congrès de Paris. Aujourd'hui, ils manifestent de même leur peu de sympathie pour le Congrès de Chicago. Leurs préférences paraissent être pour les Congrès médicaux avec une section pour l'art dentaire.

Nous n'avons pas, nous autres Français, les mêmes préventions contre les Congrès purement dentaires. Ils ont, au contraire, toutes nos sympathies. L'idée du Congrès dentaire international de Paris a été chaudement défendue en Amérique par les dentistes de Chicago, notamment par notre ami Harlan. Nous sommes heureux de le voir secrétaire général du Congrès de Chicago et de lui envoyer l'expression de nos sympathies.

L'on passe ensuite à la discussion sur le texte de la motion à envoyer à nos confrères d'Amérique.

MM. Anjubault, Chauvin, Poinsot présentent à ce sujet quelques observations.

Il est décidé que ce document sera signé de tous les membres présents, et de tous les membres absents à qui on demandera leur signature.

M. Godon propose que l'Union nationale dentaire, si heureusement constituée aujourd'hui sans distinction de groupe, de société ou d'école, soit, dans des circonstances où cela sera jugé nécessaire, réunie à nouveau par l'initiative de son président, M. Lecaudey, ou de l'un de ses vice-présidents.

Ces diverses propositions, mises aux voix, sont adoptées à l'unanimité.

Le Président remercie M. Barrié qui a bien voulu remplir les fonctions de secrétaire et au nom de l'assemblée M. Crignier exprime les sentiments de reconnaissance de ses collègues pour l'heureuse initiative prise par M. Lecaudey.

La séance est levée à 10 heures 1/2.

Texte en français de l'adresse envoyée à nos confrères d'Amérique.

« Les membres du bureau honoraire pour la France et des diverses sections du Congrès dentaire international de Chicago,

» Et les membres du bureau et du Comité d'organisation du Congrès dentaire international de Paris 1889,

» Réunis aujourd'hui 30 juin 1893 dans une pensée d'union nationale et professionnelle, sans distinction de groupes, de sociétés ou d'écoles, adressent aux organisateurs et aux membres du bureau du Congrès dentaire international de Chicago leurs vives et sincères félicitations pour leur initiative.

» Convaincus des avantages qui résulteront pour les intérêts généraux et les progrès de leur art de cette grande réunion professionnelle, ils applaudissent à son succès et envoient à tous ceux qui y prennent part leur salut confraternel. »

PATHOLOGIE DENTAIRE ET BUCCALE

Par Maurice Roy

I. Amblyopie d'origine dentaire. — II. Tuberculose linguale.

I. — Amblyopie d'origine dentaire

A ajouter aux faits déjà assez nombreux de complications oculaires des affections dentaires, sujet qui était étudié tout récemment dans ce journal par M. Dubois (Voir *Revue Internationale d'Odontologie* 1893, p. 248).

A la Société française d'ophtalmologie, M. Despagnet a communiqué l'observation d'une jeune femme de 26 ans à laquelle on avait déjà fait une énucléation de l'œil droit pour un néoplasme tuberculeux et qui, cinq ans après, perdit la vue de l'autre côté.

En examinant la bouche M. Despagnet trouva la deuxième prémolaire supérieure gauche atteinte de périostite avec abcès alvéolaire. Il fit enlever cette dent, l'extraction donna issue à une petite quantité de pus. Quarante-huit heures après la vision était revenue en partie.

En explorant alors l'alvéole avec un stylet, M. Despagnet sentit un petit séquestre mobile qu'il fit enlever et huit jours après l'acuité visuelle était redevenue normale.

L'auteur pense que les phénomènes du côté de l'œil étaient dus dans ce cas à une sinusite agissant directement par compression sur le nerf optique et propagation aux gaines de ce nerf.

A la même séance, M. Trantas a cité un fait analogue à la suite d'une sinusite maxillaire et sphénoïdale par propagation à travers la fente sphénoïdale et le trou optique.

M. Valude a observé un cas où il y avait exophtalmie, phlegmon de l'orbite et sinusite, le tout sous la dépendance d'une dent cariée.

II. — Tuberculose linguale

M. Chauffard a présenté à la Société Médicale des Hôpitaux un malade atteint de tuberculose linguale d'un diagnostic assez difficile au début.

Ce malade, âgé de 48 ans et ayant eu très probablement un chancre infectant à l'âge de 24 ans, se plaignait d'une gêne de la langue « qui, depuis quinze jours environ, s'était épaissie; la salivation était abondante ; pas de douleurs vives. Tout le tiers antérieur de la langue était, en effet, augmenté de volume, la muqueuse était dépapillée par places et recouverte d'un enduit jaunâtre; à l'union du tiers antérieur et des deux tiers postérieurs, on constatait une saillie dure, résistante ; il y avait une fissure profonde au niveau du sillon médian. En outre, à la commissure labiale gauche, ulcérations superficielles à bords décollés, et, à l'angle de la mâchoire du même côté, un petit ganglion tuméfié et douloureux » (*Union médicale*).

Ce malade présente des signes non douteux de tuberculose pulmonaire. Néanmoins étant donné ses antécédents syphylitiques probables on le met à l'iodure de potassium, mais les lésions, loin de s'améliorer, s'aggravèrent et leur nature tuberculeuse, douteuse au début, se confirma par l'apparition de granulations miliaires jaunâtres caractéristiques.

Comme signes diagnostiques de la glossite syphilitique et de la tuberculose linguale, en dehors des antécédents du malade on notera que dans les lésions tuberculeuses, les crevasses sont sanieuses, grisâtres, déchiquetées, présentent un semis de granulations miliaires jaunâtres et s'accompagnent souvent d'adénopathie contrairement aux lésions syphilitiques.

M. Chauffard traite son malade par des attouchements de naphtol camphré. Ce médicament, appliqué régulièrement pendant deux ou trois mois a amené une guérison presque complète chez un malade de M. Fernet où l'acide lactique n'avait rien donné.

LIVRES ET REVUES

Traité des maladies de la bouche (Pathologie interne) suivi d'un précis d'hygiène de cette cavité par le Dr E. Maurel, médecin principal de la marine, agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse. O. Doin, Paris, 1893.

Nous avons ouvert le *Traité des maladies de la bouche* avec de grandes espérances, nous l'avons fermé avec déception.

Le titre, la situation de M. Maurel dans une faculté de médecine française, la nouveauté du sujet, une compétence relative due à des travaux antérieurs, qui n'étaient pas sans intérêt, faisaient espérer un livre magistral, destiné à servir de guide aux jeunes générations dentaires qui vont se former. Il n'en est pas ainsi.

Le titre est un peu ambitieux, même limité par son sous-titre: *Pathologie interne*, car dans ce cadre restreint le tableau est loin d'être complet. Les maladies infectieuses et virulentes, la tuberculose, la syphilis n'y figurent pas, nous y avons en vain cherché quelques indications sur la stomatite albuminurique, sur celles qui accompagnent les maladies de l'estomac, la goutte, le rhumatisme les modifications pathologiques de la salive pendant et à la suite des pyrexies n'y sont qu'abordées.

En fait de maladies de la bouche M. Maurel ne s'occupe que des affections inflammatoires. L'étude des stomatites et de quelques glossites forme le fonds de ce volume de 400 pages.

L'observation directe, la pratique ne se remplacent pas et la seconde vue, tirée des livres, donne naissance à des erreurs fâcheuses. On regrette de les rencontrer sous la plume de ceux qui ont charge d'instructeurs, dans l'œuvre d'un agrégé. Voici quelques affirmations que les élèves de M. Maurel auraient tort d'accepter comme vraies. Quoique : *Magister dixit*.

La teinture d'iode est nuisible aux dents, l'acide chromique ne l'est pas.

Passons maintenant à l'étiologie des formes secondaires (de la gingivite simple).

La première cause que nous trouvions ici, comme fréquence, est l'*éruption des dents*. Ses manifestations varient. PENDANT LA PREMIÈRE DENTITION PEU D'ENFANTS Y ÉCHAPPENT.

Il sera difficile de concilier sur ce point les affirmations du maître et celles du disciple. Notre génération a appris de la bouche la plus autorisée en stomatologie, que l'accident local, lors de la première dentition n'existait pas et M. Maurel vient s'inscrire en faux contre cet aphorisme.

« Non seulement, dit-il : il y a inflammation chez l'enfant malade mais encore chez l'enfant sain et la gingivite simple est un phénomène quasi universel, lors de l'éruption des dents de lait. »

Si l'association de la gingivite simple et de l'éruption des dents de première dentition est faite pour étonner on n'est pas moins surpris que l'auteur voie dans la *pulpite suppurée* une cause de gingivite. Il s'exprime ainsi :

C'est également parmi les gingivites secondaires que je placerai celles qui se développent sous l'influence de la pulpite suppurée. Il s'agit ici d'une forme phlegmoneuse. Le pus formé dans la cavité dentaire ne pouvant trouver une issue que par le sommet des racines, s'accumule d'abord au fond de l'alvéole; puis, tantôt traverse une lamelle osseuse, tantôt fuse sous le périoste, et vient se collecter sous la gencive qui s'abcède.

M. Maurel veut évidemment parler des périostites consécutives aux pulpites, car nombre de pulpes suppurent sans donner lieu à la moindre inflammation gingivale ; quand la gencive est atteinte elle ne l'est qu'après la propagation de l'inflammation au périoste ; en l'espèce la pulpite est un phénomène intermédiaire et cause assez indirecte; la cause directe est la périostite.

On doit aller plus loin et dire que très exceptionnellement la gingivite résulte de l'abcès alvéolaire, la tuméfaction gingivale qui accompagne la périostite phlegmoneuse ne peut être qualifiée de gingivite, que par une extension peu justifiée, que par une confusion de mots et de faits. Nos connaissances en pathologie buccale sont actuellement assez précises pour saisir les différences essentielles de ces deux ordres de phénomènes.

Le dernier chapitre est consacré à l'hygiène de la bouche.

Le rôle des alcalins, des antiseptiques et des acides n'y est pas déterminé, le problème de l'alimentation n'y est pas abordé. N'importent-ils pas au plus haut point ? Si la carie dentaire est surtout d'origine acide, les alcalins doivent être l'agent essentiel des dentifrices ; si l'origine microbienne est acceptée des antiseptiques doivent leur être préférés, or il en est peu qui ne soient légèrement acides. L'opposition est évidente.

Pour l'alimentation quel est le rôle du sucre, de la viande, des condiments sur l'intégrité des dents, sur la santé de la muqueuse buccale.

Ces préoccupations ne devraient pas être étrangères à un membre du corps enseignant d'une faculté de médecine et on s'étonnera qu'elles ne se soient pas dressées devant l'esprit de l'auteur.

Même sur le terrain de ce que nous appellerons l'hygiène banale, il est regrettable de lire des passages comme ceux-ci :

Brosse à dents. — Elle est indispensable. On trouve dans le commerce des brosses garnies d'éponge, d'autres en caoutchouc et, enfin, d'autres en poils de sanglier ou en blaireau. Je ne vois aucun avantage aux deux premières ; et je pense que *celles en poil de blaireau sont celles qui conviennent le mieux*. Parmi celles en poils de sanglier, *il faut choisir les moins dures*. . . . .

« La poudre de charbon végétal, est sans inconvénient. »

Que M. Maurel conseille le poil de blaireau pour se faire la barbe, nous le voulons bien, il est alors sans inconvénients ; mais pour se nettoyer les dents; c'est autre chose. A nos yeux il n'a d'avantage que pour le microbiologiste qui veut récolter sur lui-même les microbes cultivés dans une bouche mal nettoyée.

Le pigment noirâtre et l'irritation traumatique consécutifs au séjour des particules insolubles de charbon pouvaient être signalés.

Parmi les dentifrices l'auteur aurait pu mentionner les savons.

Malgré ces lacunes, malgré de grosses erreurs scientifiques le *Traité des maladies de la bouche* n'est pas sans valeur; on y rencon-

tre des recherches personnelles sur l'action des leucocytes, sur les phénomènes de la phagocytose, une connaissance étendue de la pathologie exotique.

Condensées, corrigées elles auraient pu être présentées sous forme de monographie, elles étaient une contribution à la pathologie buccale. Pourquoi M. Maurel a-t-il voulu faire un gros volume ? Cela a été une mauvaise inspiration. La jeune Faculté de Toulouse n'en recevra pas un vif éclat.

C. Tellier. Traitement des fistules d'origine dentaire. Th. de Paris, 1892.

Parler traitement sans expérience personnelle est généralement oiseux. La thèse de M. Tellier n'est pas faite pour donner une opinion contraire. Comme composition au sortir des bancs de l'Ecole de médecine, comme acte de candidature à la Société de stomatologie, ce n'est vraiment pas mal. On y parle de M. Magitot comme il convient, quand on est jeune lévite et qu'on sollicite du grand prêtre l'entrée du temple. On y observe la consigne de ne citer aucun journal fait par les dentistes non stomatologues, de ne rien dire de leurs observations, de leurs recherches, de leurs essais de traitement. Est-ce assez? Nous ne le pensons pas.

M. Tellier a choisi pour sa thèse un terrain étroit, cela est très défendable ; à condition de le fouiller, de l'explorer entièrement.

Le passage suivant, qui parle du traitement des fistules par les canaux, n'est pas fait pour donner à penser que la fouille et l'exploration aient été poussées bien loin. Voici *in extenso* ce que cet auteur dit à ce sujet.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT CURATIF DES FISTULES AVEC CONSERVATION DE LA DENT MALADE

I. *Traitement antiseptique simple.*

Certains malades atteints de fistules gingivales légères ont pu être guéris par l'antisepsie simple de la dent.

Le dentiste enlève soigneusemeut la pulpe *(sic)* de la dent cariée, cure les canaux radiculaires avec soin et y pousse des injections antiseptiques. Nous citerons des observations où la périostite guérit de cette façon, la petite fistulette se tarit et l'on peut bientôt procéder à une obturation définitive.

« Quel bon métier! et si facile! » disait Geoffroy, médecin improvisé au théâtre du Palais-Royal. Après avoir lu le passage ci-dessus, on est tenté de croire que le traitement des fistules d'origine dentaire peut faire naître les mêmes exclamations.

M. Tellier appelle cela : traitement antiseptique simple. Simple, nous n'en disconvenons pas ; mais pourquoi « antiseptique » ?

E. Ragnaud. Nécrose du maxillaire inférieur chez les enfants. Th. de Lyon, n° 740.

L'auteur rappelle l'opinion de Velpeau : que les maladies des

dents sont l'origine de presque toutes les affections des mâchoires ; cela doit se comprendre des anomalies congénitales et des affections acquises. Quand même la cause est d'origine générale et que le désordre se produit à la suite d'une fièvre exanthémateuse, on peut encore affirmer que le mauvais état de l'appareil dentaire est le plus souvent facteur pathologique important.

Le travail de M. Ragnaud porte surtout sur les nécroses des maxillaires consécutives aux fièvres éruptives : de fait, elle fournissent un contingent important, notamment après la scarlatine; la rougeole et la variole sont moins nocives de ce côté. Comme pour les complications osseuses de la carie dentaire, le maxillaire inférieur est le plus souvent frappé, les filles semblent plus souvent atteintes. La nécrose s'observe surtout de quatre à huit ans, à l'âge où la formation du squelette et des dents a une activité considérable. L'opportunité morbide découle de cette activité ; quand même les dents, et surtout les caries pénétrantes des dents de lait ne seraient, en l'espèce, que cause occasionnelle, on comprend toute l'importance de leur bon état : la nécrose pouvant laisser derrière elle une mutilation de la face, des atrophies des germes dentaires.

Cette thèse sera utile aux médecins elles leur signale l'importance de l'intégrité des dents. Elle sera utile aux dentistes. Elle est une bonne contribution à l'étude de la pathologie buccale.

P. D.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

INJECTEUR HYPODERMIQUE DU DOCTEUR G. BAY

L'usage de plus en plus généralisé, par la thérapeutique moderne, des médications par la voie hypodermique, a été la cause de l'étude de l'instrumentation la mieux appropriée à la pratique de l'injection hypodermique.

Les instruments les plus variés ont vu alors le jour, dus à l'ingéniosité des maîtres et des élèves et visant tous à atteindre le même but : l'antisepsie.

M. le professeur d'Arsonval disait alors déjà : « Adoptez de préférence à tout autre le système qui vous paraîtra le plus facilement stérilisable. La seringue de Pravaz ordinaire, avec son piston de cuir, son ajustement compliqué, ne répond pas à ces conditions. » (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 716.)

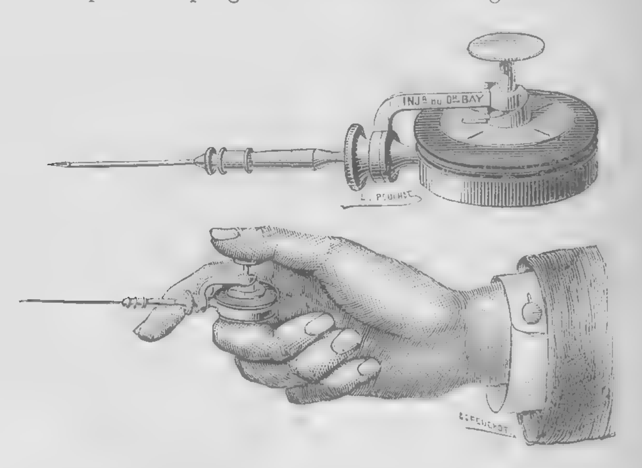
C'est à cet ordre d'idées que le docteur Bay a voulu apporter sa contribution en recherchant la possibilité de constituer un appareil absolument différent du type existant et toujours plus ou moins modifié : la seringue.

L'instrument qu'il a réalisé et que représentent les figures ci-contre se compose essentiellement d'un anneau ou tambour métallique à fond de verre, intimement uni au métal par une soudure obtenue au moyen d'un dépôt galvanique préalable.

Sur la cuvette absolument étanche ainsi constituée est tendue une membrane de caoutchouc, maintenue en place par sa seule élasticité dans une gorge profonde entaillée à cet effet dans l'anneau. Cette membrane peut être enlevée du tambour chaque fois qu'on veut stériliser ou simplement nettoyer l'appareil.

Une plaque métallique commandée par un bouton propulseur repose sur la membrane de caoutchouc et sert à la déprimer contre la paroi opposée du tambour.

Un cylindre hélicoïdal, fixé au propulseur, sert à obtenir à volonté une dépression progressive et de même la graduation de l'ap-



pareil, le dosage du liquide, l'expulsion des bulles d'air qu'il peut contenir.

L'injection se fait de la manière suivante :

1° Aspiration préalable du liquide par pression d'abord, puis relâchement de la membrane souple ;

2° Dosage, au moyen de la rotation à droite du bouton propulseur, qui chasse l'air et la quantité du liquide voulue ;

3° Pression exercée sur le propulseur jusqu'à contact du caoutchouc avec toute la surface de la paroi rigide opposée.

Dans ce dispositif d'injecteur hypodermique qu'il a voulu rendre maniable pour toutes les mains, dont toutes les parties, démontables, sont stérilisables par l'eau bouillante ou les liquides antiseptiques, l'auteur a cherché à obvier aux inconvénients des systèmes de seringues ordinaires, dont la construction est peu conforme aux règles de l'antisepsie, et dont le fonctionnement est inégal pour diverses causes, dont le dessèchement des pistons, l'irrégularité du calibrage des verres, etc.

Cet instrument a été présenté à l'Académie des sciences par M. le professeur Brown-Séquard.

NOUVELLES

Nos amis et collaborateurs, MM. Godon et Ronnet, accrédités par le gouvernement Français auprès du Congrès dentaire de Chicago, se sont embarqués au Havre samedi 5 août à bord de la *Normandie* se rendant à ce Congrès. Quelques amis dont M. Lecaudey, directeur honoraire de l'Ecole dentaire de Paris, les ont accompagnés jusqu'au Havre.

Nos meilleurs vœux pour les voyageurs.

M. Barrié, délégué de l'Association des dentistes de France, s'est embarqué le 29 juillet se rendant également au Congrès de Chicago.

Le laboratoire dentaire de l'Université de Michigan a failli être détruit par un incendie. Un étudiant laissa un brûleur de Watts allumé en s'en allant, qui mit le feu au bâtiment ; les instruments de trois ou quatre étudiants furent détruits, les pertes s'élèvent à au moins 250 dollars (1.350 francs). Le bâtiment fut roussi par le feu. (*The Dental Tribune.*)

Nous apprenons par les *Transactions of the American Dental Association* pour 1891, qu'il y a 103 Sociétés dentaires aux Etats-Unis. Les D[rs] Croux et Ottofy les ont réparties ainsi :

Nationales	4
Inter-Etats	7
Etats	41
Par arrondissements et locales	22
Villes	29
	103

Il y a dans l'Empire germanique :

Dentistes « Zahnartzes »	758
Dentistes américains	136
Dentistes « Zahnkunstler »	2.298
	3.192

UNE DOSE EXAGÉRÉE DE COCAÏNE

Un dentiste de Paragon Ind. Etats-Unis, M. Georges Raber, âgé de 30 ans, prit une dose de cocaïne trop forte, le 15 juin dernier. Le lendemain on le trouva mort dans une ruelle.

(*The Dental Tribune.*)

LE MYSTÈRE DU DENTISTE DE LA COUR

On parle beaucoup de la disparition de Herr Schott, le dentiste de la Cour, à Vienne. Les recherches faites dans toutes les directions sont restées infructueuses. Les autorités de la police pensent que Herr Schott a été assassiné pour le voler.

(*The Dental Tribune.*)

DENTISTIANA

EXTRACTIONS SANS DOULEUR

L'étranger : Où est le cabinet du nouveau dentiste ?
L'agent : Vous voulez dire celui qui arrache les dents sans douleur ?
L'étranger : Oui.
L'agent : Eh bien ! tournez le coin de la rue, vous trouverez son cabinet sans peine, on entend hurler ses clients à une lieue.

(*Texas Siftings.*)

VOL. 2. AOUT 1893 N° 8

REVUE INTERNATIONALE

D'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

LE DÉCRET DU 25 JUILLET 1893 ET LA SITUATION DES DENTISTES ASPIRANT AU DIPLOME DE CHIRURGIEN-DENTISTE

Par M. P. DUBOIS.

Le décret que nous avons publié dans notre numéro de juillet ne vise que certaines conditions d'études et d'examens [1]. Il ne pourvoit pas à toutes les nécessités qui résultent du nouvel état de choses; néanmoins, il décide sur des points importants que nous jugeons utile de mettre en lumière afin de permettre aux candidats de se préparer, dès maintenant, aux différents examens.

CONDITIONS D'INSCRIPTION.

Art. 2. — Les aspirants doivent produire, pour prendre leur première inscription, soit un diplôme de bachelier, soit le certificat d'études prévu par le décret du 30 juillet 1886, modifié par le décret du 25 juillet 1893, soit le certificat d'études primaires supérieures.

Nous n'avons pas à faire connaître les plans d'études et d'examens pour les différents diplômes de bachelier. Cela est connu de ceux qui poursuivent les études classiques. Voici les matières d'examen demandées pour l'obtention du certificat d'études qu'on exigeait des aspirants au titre d'officier de santé et qui est maintenu pour les pharmaciens de deuxième classe. Il est facultatif pour le chirurgien-dentiste.

CERTIFICAT D'ÉTUDES MODIFIÉ PAR LE DÉCRET DU 25 JUILLET 1893

Art. 1[er]. — A dater du 1[er] novembre 1894, les candidats au grade de pharmacien de 2[e] classe devront produire, en prenant la pre-

1. Le décret ne touche en rien aux conditions d'exercice qui sont établies par la loi et ne peuvent être modifiées que par elle.

mière inscription de stage, un certificat d'études, délivré par le recteur, après examen subi devant un jury siégeant au chef-lieu de chaque académie et composé de l'inspecteur d'académie, président, et de trois professeurs agrégés de l'enseignement secondaire désignés par le recteur.

Art. 2. — Les épreuves de cet examen sont :

Epreuves écrites :

Une composition française sur un sujet simple (lettre, récit, etc.);

Une version latine, de la force de la classe de quatrième de l'enseignement secondaire classique, ou, au choix des candidats, une version de langue vivante (allemand, anglais, italien ou espagnol), de la force de la classe de troisième de l'enseignement secondaire moderne.

Les épreuves écrites sont éliminatoires.

Les sujets et textes de la composition sont donnés par le jury.

Art. 3. — Epreuves orales :

Explication d'un texte tiré des auteurs français prescrits dans la division de grammaire de l'enseignement secondaire classique ou dans les quatre premières années de l'enseignement secondaire moderne (6e, 5e, 4e et 3e) ;

Une interrogation sur les éléments de l'arithmétique, de la géométrie et de l'algèbre, d'après les programmes des quatre premières années de l'enseignement secondaire moderne ;

Une interrogation sur les éléments de la physique et de la chimie, d'après les programmes de la classe de troisième de l'enseignement secondaire moderne;

Une interrogation sur les éléments de l'histoire naturelle, d'après les programmes des classes de sixième et de cinquième de l'enseignement secondaire moderne.

Pour chacune de ces interrogations, il est proposé au candidat trois sujets différents, entre lesquels il a le droit de choisir.

Art. 4. — Chaque épreuve écrite et orale donne lieu à une note spéciale variant de 0 à 20.

Pour être admis, les candidats doivent avoir obtenu 60 points au minimum. Toutefois, quel que soit le total des points obtenus, l'ajournement peut être prononcé, après délibération du jury, pour insuffisance de l'une des épreuves, soit écrites, soit orales.

Art. 5. — Il est accordé trois heures pour la composition française et deux heures pour la version.

L'ensemble des épreuves orales dure trois quarts d'heure.

Art. 6. — Les sessions ont lieu à la fin et au commencement de l'année scolaire, à des dates fixées par le recteur.

Art. 7. — L'inscription a lieu au secrétariat de chaque académie pendant une période déterminée par le recteur et qui ne peut être inférieure à quinze jours.

DU CERTIFICAT D'ÉTUDES PRIMAIRES SUPÉRIEURES

Ce certificat (ou d'autres supérieurs) est obligatoire pour prendre

la première inscription. Il s'obtient après un examen passé à la fin de l'année scolaire dans chaque département.

Les candidats doivent produire en s'inscrivant le certificat d'études élémentaires.

Il n'y a ni condition d'âge, ni condition de scolarité.

Les épreuves portent sur le programme des écoles primaires supérieures dont voici le résumé :

PLAN D'ÉTUDES ET PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT DES ÉCOLES PRIMAIRES SUPÉRIEURES

Première partie.

EDUCATION MORALE.

I. Exercices tendant à développer le sentiment moral.

II. Exercices tendant à faire pénétrer dans l'esprit les notions fondamentales de la morale.

III. Exercices tendant à éprouver la conscience et à former le caractère.

INSTRUCTION CIVIQUE.

ECRITURE.

LANGUE FRANÇAISE.

I. Lecture et récitation.
II. Dictées et orthographe.
III. Composition française.
IV. Grammaire et analyse.

HISTOIRE.

1re année. — Histoire de France depuis le début du XVIe siècle jusqu'en 1789.

2e année. — Histoire de France depuis 1789 jusqu'à nos jours.

3e année. — Histoire générale de 1789 à nos jours.

GÉOGRAPHIE.

1re année. — Notions préliminaires générales. Océanie, Amérique, Afrique.

2e année. — Asie et Europe.

3e année. — France et colonies.

DROIT USUEL ET ÉCONOMIE POLITIQUE, 3e année.

LANGUES VIVANTES.

Première année.
Deuxième année.
Troisième année.

MATHÉMATIQUES ET COMPTABILITÉ.

I. Mathématiques.

1re année. — Arithmétique et système métrique, géométrie plane.

2e année. — Arithmétique et système métrique ; géométrie plane ; algèbre ; arpentage et levé des plans.

3e année. — Arithmétique ; géométrie dans l'espace ; nivellement ; algèbre.

II. Comptabilité. Tenue des livres (2e et 3e années).

PHYSIQUE.

Première année.
Deuxième année.
Troisième année.

CHIMIE.

Première année.
Deuxième année.
Troisième année.

HISTOIRE NATURELLE.

Zoologie.
Botanique.
Géologie.

HYGIÈNE.

Troisième année.

AGRICULTURE ET HORTICULTURE THÉORIQUES.

Première année.
Deuxième année.
Troisième année.

TRAVAUX MANUELS ET AGRICOLES.

I. Travaux d'atelier.

II. Travaux agricoles et horticoles.

CHANT.

GYMNASTIQUE ET EXERCICES.

PHYSIQUE.

Ces études se donnent dans les écoles primaires supérieures (type Turgot, Chaptal) en une scolarité de trois années.

Les épreuves diffèrent selon que le candidat a déclaré vouloir être interrogé sur la section de :

1° L'enseignement général ;
2° La section industrielle ;
3° La section commerciale ;
4° La section agricole.

Ces épreuves sont :

Les *épreuves écrites*, elles sont éliminatoires ; elles comprennent cinq compositions qui ont lieu en deux jours consécutifs : 1° composition française (lettre, récit, compte-rendu ou rapport, développement d'une maxime, etc.) ; 2° composition d'histoire et de géographie ; 3° composition de mathématiques et de sciences physiques et naturelles ; 4° composition de dessin géographique ou de dessin d'ornement ; 5° composition de langues vivantes.

Pour chacune de ces épreuves, il sera donné trois sujets distincts correspondant aux programmes suivis dans les écoles primaires supérieures publiques : 1° pour l'enseignement général ; 2° pour la section industrielle ; 3° pour la section commerciale ; 4° pour la section agricole.

Les candidats en s'inscrivant doivent faire connaître celle de ces quatre séries d'épreuves à laquelle ils se présentent.

La composition de langues vivantes est facultative pour les candidats des sections industrielle et agricole.

Il est accordé trois heures pour chacune des compositions.

L'admissibilité est prononcée d'après l'ensemble des compositions écrites.

Les *épreuves orales* ne peuvent excéder la durée d'une heure ; elles sont, comme les épreuves écrites, divisées en quatre séries correspondant aux programmes de l'enseignement général et de chacune des sections professionnelles.

DURÉE DES ÉTUDES

Art. 1er. — Les études en vue du diplôme de chirurgien-dentiste ont une durée de trois années.

Le décret ne dit pas comment seront divisées les études pendant les trois années, si les études médicales seront suivies concurremment avec les études odontologiques ? ou s'il y aura succession de chacune d'elles ?

Il semblerait, d'après le plan d'examens, que les deux premières années doivent être consacrées à la médecine ; nous n'avons rien à y objecter, si les études dentaires peuvent être faites dès la deuxième année. Il est évident que si le candidat n'abordait l'étude de la dentisterie opératoire et de la prothèse que pendant sa troisième année, il aurait une connaissance insuffisante de la pratique professionnelle et on ne ferait ainsi que des pseudo-dentistes.

Donc, il nous semble nécessaire que les décrets qui règleront ultérieurement la succession des études assurent la possibilité de travailler à la dentisterie opératoire et à la prothèse pendant les deux dernières années d'études.

EXAMENS (Matières d')

Art. 3. — Ils subissent après la deuxième inscription trois examens sur les matières suivantes :

1er Examen.

Eléments d'anatomie et de physiologie;
Anatomie et physiologie spéciales de la bouche.

2e Examen.

Eléments de pathologie et de thérapeutique ;
Pathologie spéciale de la bouche;
Médicaments, anesthésiques.

3e Examen.

Clinique, affections dentaires et maladies qui y sont liées. Opérations.
Exécution d'une pièce de prothèse.

La disposition la plus critiquable du décret est celle qui reporte à la fin de la troisième année la totalité des examens.

Il semblait admis, en matière d'entraînement scolaire, que la division des examens était une plus grande garantie de savoir et de travail que l'examen unique portant sur la totalité des études. Un examen embrassant l'anatomie, la physiologie, la pathologie, la thérapeutique générales et spéciales, la matière médicale, les anesthésiques, la dentisterie opératoire et la prothèse sera le triomphe des candidats à bonne mémoire ; on incite les jeunes gens à imiter le lièvre de la fable. Un examen qu'on a trois ans pour préparer, cela est négligeable pendant les deux premières années. Les écoles dentaires libres avaient établi l'examen annuel. Si l'on veut des études sérieuses, on devra adopter ce système et réformer le décret.

L'énonciation des matières d'examen n'est qu'une indication vague, et il serait bien désirable que la section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique dressât au plus tôt le programme détaillé, afin de permettre aux candidats, surtout à ceux qui veulent bénéficier des dispositions transitoires, de se préparer à l'examen.

EXAMENS

Villes où ils peuvent être passés. Jurys.

Art. 4. — Les examens sont subis au siège des facultés et écoles de médecine où l'enseignement dentaire est organisé, par un jury de trois membres. Peuvent faire partie du jury des chirurgiens-dentistes, et, par mesure transitoire, des dentistes désignés par le ministre de l'Instruction publique. Le jury est présidé par un professeur de faculté de médecine.

Nous ne pouvons que louer l'esprit qui a dicté cet article. Il aura d'heureuses conséquences. En subordonnant la création de jurys

d'examens dans les facultés de province à l'organisation de l'enseignement dentaire, on sollicite l'initiative des dentistes de province et des municipalités ; on les place dans l'obligation morale de créer des centres d'enseignement de notre spécialité.

En créant ces centres, les dentistes travailleront ainsi à l'élévation du niveau professionnel, au développement de l'esprit de solidarité ; les municipalités pourront sans grandes dépenses assurer aux indigents des soins dentaires et doter leur ville et leur région d'établissements utiles.

On servira ainsi le besoin de décentralisation scientifique qui s'impose à nous.

Nous avons déjà fait connaître les charges probables des écoles dentaires provinciales [1]. Elles ne sont pas assez élevées pour entraver les bonnes volontés. Nous espérons du reste que le Gouvernement tiendra à honneur à laisser des ressources aux écoles dentaires libres, de par la répartition des cours et des inscriptions.

A ce jour, Paris est la seule ville où l'enseignement dentaire est organisé, par conséquent la seule où des examens peuvent être passés. Espérons que pour l'année prochaine il n'en sera plus ainsi et que les dentistes de l'une des grandes villes de province sauront, avec le concours de la municipalité et des autorités universitaires, établir la première école provinciale. De Lyon, de Bordeaux ou de Marseille, qui ouvrira la voie ?

Quant à la composition des jurys, nous avons déjà fait connaître notre opinion à cet égard. Nous n'avons qu'à formuler un vœu : que dans l'application le Gouvernement soit impartial et éclectique, et la nouvelle loi n'aura bientôt que des défenseurs.

MESURES TRANSITOIRES

Art. 5. — Les dentistes inscrits au rôle des patentes du 1er janvier 1892 peuvent postuler le diplôme de chirurgien-dentiste à la seule condition de subir les examens prévus par l'article 3 du présent décret.

Les dentistes de nationalité française, inscrits à ce rôle antérieurement au 1er janvier 1889, sont dispensés en outre du premier examen.

Les dentistes pourvus, antérieurement au 1er novembre 1893, d'un diplôme délivré par l'une des écoles d'enseignement dentaire existant en France à la date du présent décret, peuvent postuler le diplôme de chirurgien-dentiste à la seule condition de subir le deuxième examen.

Comme on le voit, cet article établit trois catégories de dentistes exerçant en vertu des dispositions transitoires et les place dans des conditions différentes s'ils désirent obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste. Ils bénéficieront dans des mesures diverses des dispenses d'examen et de scolarité.

Pour les dispenses d'inscription et de scolarité, elles sont accordées à tous ; mais ceux d'entre eux qui ne sont patentés que depuis le 1er janvier 1892 devront, pour obtenir le nouveau diplôme, subir

---

1. *L'enseignement de l'art dentaire sous l'empire de la loi de* 1892. *Revue internationale d'odont.*, mai 1893.

les trois examens comme les nouveaux venus dans la profession.

Les dispenses *d'inscription, de scolarité et d'un examen* (celui portant sur les éléments d'anatomie et de physiologie générales, d'anatomie et de physiologie spéciales de la bouche) sont accordées à une deuxième catégorie de dentistes : ceux qui sont *de nationalité française et patentés depuis le 1er janvier* 1889.

Ainsi : les dentistes français patentés depuis quatre ans pourront obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste en subissant les épreuves comprises dans les 2e et 3e examens, portant : sur les éléments de pathologie et de thérapeutique, sur la pathologie spéciale de la bouche, sur les médicaments et les anesthésiques, la clinique, les affections dentaires et les maladies qui y sont liées, les opérations et la prothèse.

Une troisième et dernière catégorie est constituée par les dentistes pourvus antérieurement au 1er novembre 1893 du diplôme d'une des écoles dentaires françaises. Pour cette catégorie, la nationalité française n'est pas demandée.

SITUATION DES DENTISTES ÉTRANGERS

Art. 6. — Les dentistes reçus à l'étranger et qui voudront exercer en France seront tenus de subir les examens prévus au présent décret. Ils pourront obtenir dispense partielle ou totale de la scolarité après avis du comité consultatif de l'enseignement public.

Ainsi les dentistes étrangers pourront obtenir des dispenses partielles ou totales de scolarité, mais en aucun cas ils ne seront dispensés des examens. Pour obtenir la dispense de scolarité, ils auront à établir l'équivalence de scolarité et des certificats ou diplômes qu'ils pourraient posséder avec ceux qui sont décernés en France.

Il va de soi que les dentistes étrangers patentés en France avant le 1er janvier 1892 se trouvent dans les mêmes conditions que les nationaux et que le droit d'exercice leur est maintenu.

MESURES COMPLÉMENTAIRES

Art. 7. — Un règlement spécial, rendu après avis de la section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique, organisera l'enseignement dans celles des facultés et écoles de médecine où il pourra être établi.

Le décret du 25 juillet 1893 laisse de nombreuses questions non résolues :

L'étendue des programmes d'études et d'examens ; les conditions d'enseignement de la partie médicale et de la partie dentaire ; le rôle de l'enseignement libre, les formes de contrôle dont on l'entourera, la répartition des études pendant les trois années, les ressources financières qui pourvoiront aux nouveaux services. Si l'on réfléchit que la loi sera exécutoire au 1er décembre prochain, on voit qu'il reste beaucoup à faire.

Le Gouvernement vient de montrer qu'il restait dans l'esprit de la loi et qu'il voulait organiser l'enseignement d'une spécialité, contrôler la valeur pratique de ceux qui veulent l'exercer. Nous espérons en la fermeté de ses desseins.

Les dentistes peuvent beaucoup pour cela ; la campagne si heureuse qui a assuré à un grand nombre de nos confrères la dispense d'un et de deux examens montre quels résultats on peut obtenir en agissant avec union.

Cette union, il est difficile de la demander à certains belligérants; elle peut néanmoins être obtenue si la majorité des dentistes manifeste ouvertement sa volonté.

NÉCROSE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR D'ORIGINE DENTAIRE

Par M. Heidé,

Ex-professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

J'ai déjà présenté aux lecteurs de cette *Revue* quelques complications exceptionnelles d'origine dentaire. Voici un autre cas tiré de ma pratique particulière, qui n'est pas sans intérêt, de par la rapidité des accidents et leur gravité relative.

M. B..., 27 ans, bonne constitution, a eu une syphilis douteuse, il y a 6 ans. Les accidents secondaires n'ont pas été observés : il a un appareil dentaire absolument mauvais, la plupart des dents sont cariées, plusieurs aux 3e et 4e degrés ; elles ont donné lieu à des abcès répétés de pulpite et de périostite. Antérieurement il y a eu des fluxions.

Pendant un voyage en Amérique et à la suite de grandes fatigues, une périostite phlegmoneuse survint ; elle avait pour origine une carie du 4e degré de la deuxième bicuspide inférieure ; le malade ne s'en inquiéta pas trop, devant rentrer en France sous peu. L'inflammation s'aggrava, et aussitôt de retour il consulta son médecin qui lui fit une incision à la région sous-maxillaire afin de faciliter l'évacuation du pus. Dans cet état, il me fut adressé le 25 juillet 1893.

Etat actuel. L'examen est difficile, de par la présence d'un pansement et d'un bandage excessivement serrés qui empêchent l'ouverture de la bouche. Je constate une tuméfaction étendue allant de la symphise jusqu'à la région postérieure de l'arcade ; une abondante suppuration se fait autour de la première bicuspide inférieure droite ; la deuxième bicuspide est absolument chancelante, mais la suppuration y paraît plus faible. Le suintement purulent a décollé la gencive et la dent n'a plus que de faibles adhérences. Pour la deuxième bicuspide, la gencive est le seul lien qui maintient la dent en place. La muqueuse gingivale est dans son ensemble le siège d'une inflammation intense, les languettes interstitielles sont ulcérées. A l'examen à l'aide de la sonde, le maxillaire se montre décollé et dénudé, on pénètre jusqu'à la base de l'os ; l'alvéole de la deuxième bicuspide est entièrement résorbé, le ligament avéolo-dentaire n'existe plus, l'instrument glisse sur une surface lisse.

La dent n'est pas allongée, l'os s'est résorbé, mais en quelque

sorte d'une manière passive, sans provoquer le déplacement en hauteur de la dent.

Les deux biscupides doivent être considérées comme des corps étrangers et leur avulsion est indiquée. J'enlève d'abord la seconde; qui ne tient pas du tout, ensuite la première, l'adhérence y est plus grande.

Autour de la deuxième biscupide il ne reste plus de trace de ligament, tandis qu'à la première des traces de membrane subsistent, elles sont tuméfiées et décollées.

Les dents enlevées, je fais quelques injections antiseptiques, place un pansement à la gaze iodoformée dans la plaie, puis je conseille au malade de se faire enlever son bandage fixe, pour le remplacer par un plus mobile, permettant d'examiner et de sonder par l'extérieur et de faire des irrigations détersives. Le malade doit se panser trois fois par jour.

Le lendemain, je revois mon malade, je fais des injections et un pansement intérieur et extérieur sur toute l'étendue des parties malades ; le liquide d'injection passe facilement. Je constate la présence de deux petits séquestres, je les extrais à l'aide des précelles ; le périoste est décollé et la sonde glisse encore assez librement. La partie abcédée va de la symphyse du menton à la première grosse molaire, c'est surtout vers la région mentonnière que le pus s'est collecté, cela est sensible au toucher. Dans la tête, du côté droit, le malade ressent des douleurs vagues.

Le 29. — La plaie faite par le bistouri à l'extérieur reste béante, il y a un bourgeonnement qui n'est pas de bonne nature et est entretenu par les désordres osseux ; il y a certainement encore des petits séquestres. La suppuration diminue cependant; le même traitement est continué. Nous conseillons la dérivation intestinale, une purgation est prise.

Le 31. — La suppuration s'est montrée plus abondante et le pus est plus liquide, il en sort peu du côté de la bouche, la plaie extérieure est très à vif.

Le moindre toucher est douloureux ; il s'irradie jusqu'à la lèvre, lorsqu'on touche la plaie, la lèvre est pourtant insensible aux attouchements directs. Comme ces symptômes me paraissent indiquer quelque chose d'anormal, je prie le patient d'être un peu courageux et de me permettre de nouveau l'exploration.

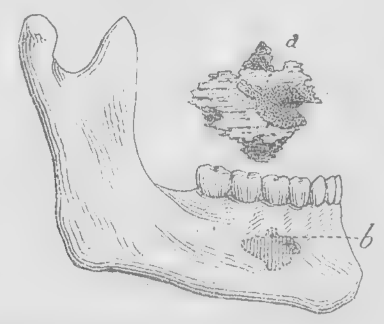
Après un examen minutieux, j'arrive à contourner une partie osseuse qui est mobile, mais le malade se trouvant très affaibli je remets au lendemain matin l'extirpation du séquestre dont j'ai constaté l'existence.

Le 1er août. — La nuit a été moins bonne. Lavage de la plaie et injections antiseptiques. A l'aide du bistouri, j'ouvre la gencive à chaque extrémité de la plaie, et avec une pince très effilée je saisis le séquestre et fais quelques efforts pour l'avulser ; la résistance rencontrée me permet de me rendre compte de l'importance du fragment osseux. Par une série de tractions légères, j'arrive à le dégager. Une odeur fétide s'en exhalait, il était couvert d'un liquide

noir, de consistance sirupeuse, et présente un côté rugueux et spongieux, puis un côté lisse, un bord intérieur avec une excavation ronde. L'examen me fait voir qu'il s'agit du trou mentonnier. Le séquestre est représenté par la figure ci-contre.

Les douleurs que le madade sentait à la lèvre à chaque pression et à chaque injection s'expliquent nettement de par cette constatation; le séquestre appuyait sur le nerf maxillaire inférieur à l'endroit où il sort du maxillaire pour se ramifier au menton, à la lèvre inférieure.

Le malade a très courageusement supporté l'opération et je procède aux lavages de la plaie; le liquide d'injection passe librement par la plaie extérieure, la communication étant facilitée par l'extraction du séquestre. Le pansement intérieur et extérieur est fait comme il a été décrit plus haut.



Je suis retourné dans l'après-midi pour faire un deuxième pansement.

Le lendemain, la suppuration avait notablement diminué et en trois à quatre jours il n'y avait plus de pus. La plaie à l'extérieur changeait d'aspect. Elle prenait un bon aspect, le bourgeonnement pathologique s'effaçait, je pus bientôt faire un pansement couvert de collodion qui ne nécessitait plus la présence d'un bandage.

Aujourd'hui, le 16 août, je constate la guérison complète aussi bien à l'extérieur qu'à l'intérieur, si ce n'est que nous avons une perte de substance de la grandeur de deux centimètres carrés.

Quelle a pu être la cause de cette nécrose relativement étendue chez un homme de 27 ans en pleine force?

Peut-on incriminer la diathèse syphilitique? Elle est douteuse puisque les accidents secondaires n'ont pas été observés.

S'agit-il d'une infection microbienne succédant à la fatigue d'un voyage rapide? Nous inclinons pour cette dernière hypothèse.

Le surmenage physique crée l'état d'imminence morbide. Comme notre malade avait un appareil dentaire absolument défectueux, les accidents se sont montrés de ce côté.

Fort heureusement, nous ne sommes pas désarmés contre des infections si proches du tégument, et l'éloignement des parties mortifiées et une antisepsie énergique permettent de triompher assez rapidement du mal malgré son étendue et sa gravité.

REVUE DE L'ÉTRANGER

ADDITIONS RÉCENTES A LA THÉRAPEUTIQUE DE LA PYORRHÉE ALVÉOLAIRE

Par A. W. Harlan.

En considérant quelques-uns des moyens thérapeutiques applicables à l'éradication de la pyorrhée alvéolaire et à la consolidation des dents ébranlées, afin d'empêcher qu'elles ne se balancent comme les branches d'un arbre sous le vent, nous dirons que tout d'abord on doit procéder à l'enlèvement des dépôts sanguins et séreux, jusque dans les alvéoles, par des irrigations avec une solution aqueuse de fluo-silicate de soude à 1/155.

Puis on fait une injection de sozoïodol à 8 0/0. Si l'on veut obtenir les bons effets de l'iode naissant, l'injection d'une très petite quantité de pyrozone ou d'eau oxygénée libèrera l'iode et le fera pénétrer dans les replis des alvéoles. Je n'ai pas abandonné l'eau oxygénée, je l'emploie encore fréquemment dans un but de nettoyage. Mais quelques expériences faites avec des solutions aqueuses et surtout alvéolaires (glycérine boriquée dans l'eau, eau boriquée à 1 pour 25 de chlorure de zinc, de 1 à 4 0/0, m'ont convaincu qu'au commencement du traitement ces désinfectants sont meilleurs qu'on ne l'avait admis. Les produits microbiens associés au pus sont presque toujours acides à la réaction, aussi une solution alcaline est indiquée.

Ultérieurement, des injections stimulantes acidulées et astringentes sont nécessaires pour lutter contre l'envahissement du pus. Depuis un ou deux ans, j'ai fait l'emploi fréquent de l'acide trichloroacétique, de l'alumnol et d'une combinaison d'acide sulfurique dilué dans de l'eau de cannelle.

Les différentes solutions pyrozonées ont des analogies avec l'eau oxygénée et comme telles s'emploient dans les cas où l'eau oxygénée était autrefois indiquée. Le médicament le plus précieux parmi les produits nouveaux est l'acide trichloroacétique en solutions variant de 1/2 pour cent à 6 et 8 pour cent dans l'eau. C'est un astringent précieux et stimulant. Sa valeur antiseptique se prouve par la destruction complète des microorganismes trouvés dans les alvéoles pyorrhéiques. En moins de deux minutes, tous leurs mouvements sont abolis, tandis qu'il faut des solutions trois ou quatre fois plus fortes aux autres désinfectants. On l'emploie tous les deux ou trois jours.

Quand on désire un astringent énergique et pénétrant, une solution aqueuse d'alumnol est indiquée. Ce médicament a des propriétés coagulantes, il pénètre profondément, il agit aussi comme stimulant et antiseptique.

Il est soluble dans l'eau dans les proportions de 40 0/0. J'emploie généralement des solutions de 2 à 7 0/0; dans quelques cas exceptionnels et aussi à titre d'expérience, j'ai employé des solutions à

solution saturée. Dans des cas désespérés, une seule application suffit.

Il faut beaucoup d'attention pour le traitement des dents chancelantes, surtout quand il y a résorption étendue des bords alvéolaires.

Dans ces cas, on doit commencer avec une solution de un à deux pour cent d'acide sulfurique dissous dans de l'eau de cannelle, pendant quatre ou cinq séances, en mettant un espace de trois jours entre chacune.

Le traitement est suivi pendant quinze jours. Ensuite on fait des injections de deux à six pour cent de sozoiodol, pendant un mois, tous les trois ou quatre jours. Si cela est nécessaire, on injecte une goutte de la solution dans chaque alvéole. Si les gencives sont hypertrophiées avec dépôts septiques, on les badigeonne avec une solution d'iodure de zinc, 0, 60 pour 30 gr. d'eau, en prenant la précaution de bien sécher les gencives avant d'employer la solution. Quand on est en présence d'une inflammation aiguë, on emploie une pâte composée d'iodol et d'huile de cannelle, qu'on introduit doucement dans les alvéoles avec une petite spatule. Quand la douleur est trop vive, j'emploie comme injection :

Acide phénique liquéfié	1 gr.
Eugénol	1
Solution de chlorhydate de cocaïne à 4 0/0	100
Acide borique	4

La solution est trouble au début, mais en peu de temps elle devient homogène. Une goutte suffit pour calmer la douleur.

Ce traitement ne peut s'appliquer qu'aux trois ou quatre dents les plus malades, et cette injection n'a aucune suite fâcheuse ; pourtant il ne faut pas la renouveler, à moins de trop vives douleurs.

Chez les sujets rhumatisants, j'ai remarqué qu'un gargarisme de 0, 25 à 0, 50 d'iodure de potassium dans de l'eau de menthe après les repas est d'un grand secours ; il doit être pris pendant une semaine ou deux. Dans tous les cas d'ébranlement où il existe des dépôts séreux, on emploie avec avantage l'acide trichloroacétique dans l'eau de six à sept pour cent pour injection dans les alvéoles avec une seringue munie d'une aiguille d'or, de verre ou de platine. On laisse écouler une ou deux semaines entre chaque séance sans faire autre chose que les soins de propreté et un massage des gencives par le patient lui-même. Cela est très utile quand les tissus sont habitués à recevoir les médicaments.

Je ne m'étendrai pas sur l'inutilité de chercher à traiter toutes les dents chancelantes, car il y en a qui, par leur position et l'articulation, ne peuvent être sauvées que temporairement. Le dentiste doit juger de suite si l'extraction est nécessaire ; quant à essayer de guérir une dent trop chancelante, cela est une perte de temps et peut compromettre la solidité des autres qui sont moins affectées. La destruction de la pulpe d'une dent est indiquée quand l'inflammation s'étend sur toute la longueur de l'alvéole. Beaucoup de cas

ayant résisté à tous les traitements locaux ont été promptement soulagés par l'obturation de la racine et en continuant le traitement préconisé plus haut. Je n'approuve pas la destruction inutile de la pulpe d'une dent antérieure. Si on s'aperçoit que le patient respire par la bouche, on doit prendre l'avis d'un rhinologiste pour corriger cette habitude, si c'est possible.

Les amygdales hypertrophiées ou l'épaississement de la membrane muqueuse nasale sont des causes du prognathisme dentaire. Probablement, le plus grand nombre des difformités et le prognathisme de six dents antérieures du haut sont causés par la respiration buccale ou par la perte des molaires inférieures, ce qui fait que les incisives inférieures frappent contre leurs antagonistes à leurs surfaces linguales. Ce dernier cas étant purement mécanique, on peut y remédier en portant un appareil ou une pièce à pont, pour suppléer à la perte des molaires.

Le traitement de la périodontite demande une grande et patiente étude.

Je conseille donc la nécessité absolue d'étudier particulièrement chaque cas avant de le soumettre à un traitement. Des soins donnés sans cette étude peuvent entraîner la perte de plusieurs dents.

(*The Dental Review.*)

PATHOLOGIE DENTAIRE ET BUCCALE

Par M. Roy.

I. Scorbut chez un jeune enfant. — II. Uranoplastie et staphylorraphie. — III. Élimination de la morphine par la salive. — IV. Modification au procédé classique de réduction des luxations de la mâchoire inférieure. — V. Un cas d'actinomycose guéri par l'iodure de potassium. — VI. Gingivite cuprique. — VII. Action de la cocaïne sur le sang. — VIII. Mort à la suite d'un abcès alvéolaire. — IX. Mort par le chloroforme.

I. — Scorbut chez un jeune enfant

Le *Bulletin Médical* rapporte une communication faite par M. Lester Carr, à la New-York Academy of Medecine : il s'agit d'une petite fille sevrée à six semaines et nourrie alors de lait condensé et de préparations diverses. Cette enfant éprouva des troubles gastro-intestinaux au moment de l'éruption de ses incisives à huit mois, et à onze mois fut atteinte de scorbut : pétéchies sur les membres inférieurs, selles mélæniques, gencives gonflées, saignantes, hypertrophiées. On changea l'alimentation de l'enfant, on lui donna du lait, un peu de jus de viande, on lui fit des lavages de bouche au jus d'orange, et la guérison survint au bout d'un mois, malgré une rougeole intercurrente. L'auteur appelle l'attention sur la plus grande fréquence du scorbut du premier âge chez les en-

fants nourris avec les diverses préparations si vantées comme succédanées du lait.

II. — Uranoplastie et staphylorraphie

Au congrès de la Société allemande de chirurgie, M. Kuster a communiqué les résultats de 22 opérations de fistules congénitales du palais qu'il a faites. 15 fois la guérison a été complète. Au point de vue de la phonation, il est important de reconstituer la luette et de donner au voile du palais une longueur suffisante; de plus, pour obtenir un bon résultat fonctionnel, il faut commencer de très bonne heure les exercices de phonation, même avant l'opération, ainsi que le proposait Trélat.

Il ne faut pas opérer de sujets trop jeunes, l'âge le plus favorable est de 5 à 7 ans.

Ce n'est pas l'avis de M. Wolff qui, lui, a défendu l'opinion contraire. L'opération, dit-il, doit être pratiquée chez les tout jeunes enfants; j'ai opéré avec succès des enfants de quelques mois, deux mois même : la mortalité n'est pas plus élevée.

L'existence de la perforation exerce, sur le développement de l'enfant, une influence fâcheuse qu'il importe de faire disparaître de bonne heure, et pour la phonation l'opération précoce permet un résultat parfait, l'éducation pouvant être commencée très tôt.

M. Sonnenburg a fait ressortir un inconvénient de l'opération précoce, c'est l'atrophie du maxillaire supérieur signalée par Hartmann.

III. — Elimination de la morphine par la salive

M. Rosenthal, de Breslau, s'est livré à d'intéressantes expériences que reproduit l'*Union médicale* sur l'élimination de la morphine injectée sous la peau. Il résulte de ses recherches que la morphine est éliminée en quantité assez considérable par la salive, fait qui avait passé complètement inaperçu dans les recherches antérieures où l'on s'était surtout préoccupé de l'élimination qui se produit au niveau de la muqueuse gastrique.

M. Rosenthal s'est même demandé si la morphine que l'on retrouve dans l'estomac ne provenait pas de la salive déglutie, mais, de ses recherches, un peu incomplètes toutefois, l'élimination par la muqueuse gastrique ne paraît pas être sous la dépendance de l'élimination salivaire.

Il résulte également des recherches de M. Rosenthal que la morphine s'accumule dans l'organisme. En effet, la réaction de la morphine ne s'observe pas dans la salive immédiatement après l'injection, mais trois ou quatre jours après et persiste encore plusieurs jours après la cessation des injections.

IV. — Modification au procédé classique de réduction des luxations de la machoire inférieure

Voici le procédé employé par le docteur Roth, de Londres, pour réduire la luxation de la mâchoire inférieure : le malade est assis

sur une chaise ordinaire ; l'opérateur placé en face de lui fléchit la tête et l'appuie sur la poitrine; puis il abaisse sa propre tête de façon à appuyer avec le menton sur la partie supérieure de l'occiput du malade et les pouces introduits dans la bouche de celui-ci; la réduction se fait d'après le procédé classique.

Cette petite variante a pour but de bien immobiliser la tête du patient et de permettre d'opérer seul tout en déployant une grande force.

V. — Un cas d'actinomycose guéri par l'iodure de potassium

M. Meunier, de Tours, a communiqué à l'Académie de Médecine l'observation d'un malade qui était venu le trouver pour un gonflement du cou remontant à trois semaines, sans chaleur ni fluctuation.

On prescrivit à ce malade de l'iodure de potassium, 1 à 2 grammes par jour, et des frictions avec une pommade iodurée.

Sous l'influence de ce traitement, la tuméfaction diminua, mais, cinq semaines après le début du traitement, on constata à la région sous-hyoïdienne une tumeur molle et fluctuante qui fut incisée et donna issue à du sang noir et à de petites masses rondes, jaunâtres, caractéristiques de l'actinomycose, ce que confirma l'examen bactériologique. Le traitement ioduré fut continué et l'amélioration continua jusqu'à la guérison complète.

VI. — Gingivite cuprique

M. Bucquoy a fait à l'Hôtel-Dieu une leçon sur un malade de son service travaillant dans le cuivre et présentant des troubles gastro-intestinaux pour lesquels il était entré à l'hôpital. Ces troubles étaient dus aux excès alcooliques de ce malade et non au cuivre qui, dit M. Bucquoy, peut occasionner une indigestion mais non un empoisonnement. Il n'admet pas non plus l'intoxication chronique par le cuivre, qu'on n'a jamais observée même dans les milieux les plus propres au développement de cette intoxication.

Nous empruntons à la *Pratique médicale* les quelques détails suivants donnés par M. Bucquoy au sujet de la gingivite cuprique :

« Chez les saturnins, la coloration de la muqueuse gingivale, est aux yeux de M. Bucquoy, le fait d'une incrustation directe, le plomb pénétrant par effraction de dehors en dedans, passant de l'épithélium dans le derme, les lymphatiques et les vaisseaux ; le liséré n'est accompagné d'aucune inflammation.

« Chez les individus maniant le cuivre, les particules métalliques se déposent de la même façon, mais le dépôt se forme surtout à la surface des dents, principalement sur les dents mal tenues; celles-ci prennent une teinte d'autant plus vert-de-gris que le sujet a moins soin de sa bouche; au niveau du collet, l'incrustation augmente : c'est là qu'est le vrai liséré; les incisives et les canines, d'habitude plus découvertes, plus en contact avec l'air chargé de poussières de cuivre, offrent seules, en général, l'aspect indiqué. Outre cette

localisation sur les dents même, le liséré cuprique se distingue encore du liséré saturnin en ce qu'il s'accompagne d'inflammation et de boursouflement du bord gingival ; il se produit une gingivite fongueuse, résultant de l'irritation causée par les particules de cuivre amalgamées avec le tartre. »

VII. — Action de la cocaine sur le sang

M. le Dr Maurel entretient l'Académie des recherches qu'il a faites pour déterminer l'action de la cocaïne sur les éléments figurés du sang.

Il donne d'abord un court historique de la coca et de son alcaloïde, surtout depuis l'emploi de ce dernier comme anesthésique local ; et il montre comment, après avoir été justement enthousiasmé par l'efficacité de cet agent, le monde chirurgical devient maintenant plus réservé en présence des accidents qu'il produit. Ces accidents, en effet, le rendent d'autant plus hésitant que leur cause, jusqu'à présent, est restée inconnue. Puis après avoir décrit la technique qu'il a suivie dans ses expériences, le Dr Maurel entre dans l'exposé de ces dernières qu'il résume en signalant pour chacune d'elles les faits les plus saillants. Enfin, en terminant, il fait voir comment ces expériences pourraient être utilisées pour expliquer les accidents qu'il a signalés au début.

Les conclusions du Dr Maurel sont les suivantes :

1° Le chlorhydrate de cocaïne aux doses successivement décroissantes de 1 gramme, 0 gr. 30 et même de 0 gr. 20, suffit pour tuer les leucocytes contenus dans 100 grammes de notre sang ;

2° Ces mêmes doses sont sans action sur les hématies ;

3° Aux doses de 0 gr. 05 et même de 0 gr. 10 pour 100 grammes de sang, nos leucocytes subissent bien, il est vrai, quelques modifications dans leur mode de déplacement, mais ils peuvent non seulement vivre, mais encore activer leur évolution ;

4° La dose limite de la toxicité de la cocaïne pour nos leucocytes est donc comprise entre 0 gr. 20 et 0 gr. 10 pour 100 grammes de sang, soit approximativement pour un kilogramme de notre poids ;

5° La dose de 0 gr. 05 à 0 gr. 10, souvent administrée en injections hypodermiques, si elle passait directement dans le torrent circulatoire, suffirait pour tuer les leucocytes de 25 grammes à 50 grammes de sang ;

6° Il se pourrait que dans ces cas la mort de ces leucocytes ne fût pas étrangère à quelques-uns des accidents signalés après ces injections.

(*Académie des sciences de Toulouse*, Séance du 28 janvier 1892.)

VIII. — Mort a la suite d'un abcès alvéolaire

Quoique heureusement fort rares, il faut pourtant se souvenir qu'il peut se présenter des cas d'abcès alvéolaires qui ont une issue fatale.

De temps en temps on cite des cas où la pyohémie a été causée

par l'absorption des ingrédients septiques contenus dans l'alvéole, et le traitement adopté par M. W.-A. Lane, dans un cas paru dans la *Lancet*, mérite l'attention.

Un enfant de quatre ans avait un abcès, causé par une seconde molaire temporaire qui fut extraite, et la cavité fut soigneusement nettoyée après anesthésie locale.

L'abcès s'était antérieurement percé dans la bouche, mais il y avait beaucoup d'enflure étendue sur la partie gauche de la mâchoire inférieure. La jaunisse se déclara et le patient souffrit du retour de la rigidité pendant quatre ans.

On se décida alors de faire un essai pour arrêter les progrès de la coagulation dans les veines thrombosées et en enlevant tous les tissus enflammés.

La veine jugulaire externe et la veine faciale qui contenaient du pus furent excisées.

Le patient alla un peu mieux le jour suivant; malgré cela, la mort survint ; à l'autopsie plusieurs abcès furent trouvés dans les poumons et le foie. Ils existaient avant l'opération.

IX. — Mort par le chloroforme

Nous devons les notes sur le cas suivant à M. Gemmelle, anesthésiste de l'infirmerie royale de Liverpool et de l'hôpital dentaire de Liverpool.

La malade était une femme de trente-quatre ans, qui depuis deux ans souffrait d'une névralgie intense, et décidée à faire arracher ses dents ; l'opération comportait l'extraction de toutes les dents et racines de la mâchoire supérieure et huit à la mâchoire inférieure.

C'était une femme robuste et respirant la santé. A l'hôpital, je l'examinai et ne trouvai aucune trace de maladie des valvules ; les battements du cœur étaient nets, le pouls régulier, l'appareil respiratoire en bon état, mais la malade un peu nerveuse.

Le corset et les effets furent desserrés et la patiente placée dans la position semi-horizontale, le fauteuil étant baissé à cet effet. On lui fit aspirer très lentement quelques gouttes de chloroforme d'un vaporisateur Skinnir ; la respiration était libre et facile, mais après avoir employé trente gouttes, le pouls faiblit (on enleva l'appareil), une légère attaque épileptique survint et le cœur cessa de battre,quoique les mouvements respiratoires se fissent encore,aidés artificiellement pendant une demi-heure. L'opération ne fut même pas commencée. On employa vainement tous les moyens connus pour rappeler la patiente à la vie.

Autopsie. Le cœur était dilaté, et les muscles sur la surface intérieure des ventricules montraient un empâtement graisseux prématuré. Les reins étaient légèrement dilatés et congestionnés,les autres organes étaient sains. La mort fut attribuée à une défaillance cardiaque.

LES DIVERSES FORMES DES DENTS INCISIVES SUPÉRIEURES

Par MM. Azoulay et Regnault.

Indépendamment du volume des dents, plus considérable dans les races inférieures que dans les supérieures, nous avons pensé utile de rechercher les différences qui peuvent exister dans la forme de ces organes. Nous en avons trouvé une assez remarquable pour les incisives supérieures médianes.

Chez les singes antropomorphes, les bords latéraux des incisives supérieures divergent de la racine vers l'extrémité, de sorte que la dent offre l'aspect triangulaire, le bord libre étant, grâce à cette disposition, très élargi.

Dans les races inférieures humaines, cette disposition se retrouve souvent et les bords latéraux divergent, moins cependant que chez les singes. Les dents ne prennent donc contact qu'inférieurement et entre elles subsiste un espace vide triangulaire.

Dans les races civilisées, au contraire, les bords latéraux tendent à devenir parallèles et la couronne de la dent prend une forme rectangulaire.

Il est vrai que l'on trouve quelquefois chez les blancs des incisives à forme simienne, et réciproquement chez quelques individus sauvages des dents analogues au type supérieur.

Nous avons voulu mettre ce fait en évidence au moyen de la mensuration.

Les mesures suivantes ont été prises :

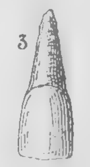
1° Longueur du bord de l'incisive ;

2° Longueur d'une parallèle au bord libre de l'émail. Ce bord supérieur forme une courbe sur la dent. La courbe est circulaire sur les dents à bords parallèles, ovale sur celles à bords divergents.

La différence entre les deux nombres ainsi trouvés donne la valeur de l'écart des bords latéraux.








1. Gorille. 2. Nègre. 3. Blanc.

Pour avoir des valeurs comparables, nous avons mesuré l'incisive droite supérieure. Nous avons laissé de côté les dents abîmées ou usées.

RACES

	Nombre.	Différence.
Singes (chimpanzés et gorilles, mâles et femelles)..	5	3.04
Nègres variés..	41	2.39
Néo-Calédoniens et N. Hébridais.................	13	2.19
Australiens..	10	2
Polynésiens...	14	2 01
Javanais..	7	2.28
Annamites et Chinois...............................	13	1.78
Européens...	18	1.61
Indiens, Bengalis....................................	7	1.27

Les races inférieures (nègres Papous) auraient donc des incisives qui se rapprocheraient de celles des singes. Les jaunes, les Européens et les Indous ont, au contraire, des dents à bords parallèles. Fait singulier, les Javanais, bien que civilisés, ont les dents plus négroïdes que les Australiens.

La forme à bords divergents des dents remplit le même but que leur augmentation de volume ; elle augmente l'étendue du bord libre et par suite de la surface triturante.

Elle est indépendante de l'épaisseur de la dent, qui est la même chez les races civilisées ou sauvages : en moyenne 7 mm.

La forme des incisives et celle du maxillaire paraissent en relation étroite. Le prognathisme maxillaire augmente la surface des alvéoles dentaires et permet aux dents d'être plus grosses. Le prognathisme dentaire permet une plus grande largeur de leurs bords coupants sans qu'elles chevauchent.

On sait que le prognathisme dentaire accompagne ordinairement le prognathisme maxillaire. Tous deux concourent au même but. Néanmoins, il peut arriver quelquefois qu'on trouve des dents droites avec un fort prognathisme maxillaire. La couronne de la dent forme alors un angle avec la racine.

Il existe des cas assez rares qu'il importe cependant de signaler. Quelquefois un des bords latéraux peut être droit, l'autre étant oblique.

D'autres fois enfin, la dent atteint sa largeur maximum à 2 ou 3 mm. au-dessus du bord coupant : les bords latéraux s'incurvent en ce cas de façon à émousser les angles inférieurs.

L'examen des autres incisives ne nous a pas fourni de différences importantes.

On sait que dans toutes les races humaines, de même que chez les singes, les incisives médianes supérieures sont plus volumineuses que les latérales, et, à l'inverse, les médianes inférieures sont plus petites que les latérales correspondantes.

L'incisive latérale supérieure du singe a une forme très caractérisée, le bord latéral qui regarde le diastème s'incurve intérieurement de façon à émousser l angle droit de la dent. De sorte que la largeur maximum de l'incisive se trouve vers l'union du tiers infé-

rieur avec les 2/3 supérieurs de la couronne et forme avec la largeur du bord libre une différence pouvant atteindre 4 mm.

La cause en est la même que la présence du diastème. Elle permet la saillie en avant de la canine inférieure volumineuse. Cette forme dentaire s'observe chez l'homme, quoique d'une façon moins constante.

L'usure de l'angle inféro-externe y est amenée par la pression de la canine inférieure. Cette usure n'existe pas quand la canine inférieure est en retrait en dedans ou ne porte que contre l'incision latérale supérieure.

Il faut éliminer pour cette recherche les dents usées où cette forme ne s'observe point. Elle ne nous a point paru plus fréquente ni plus accentuée chez les races inférieures que chez les supérieures.

Quelquefois enfin, le bord de l'incisive est courbé et non linéaire: au lieu d'un seul angle, les deux sont émoussés.

(*Bulletin de la Société d'anthropologie de Paris.*)

MOYENNE DU TANT POUR CENT DE LA CARIE DES DENTS DE SIX A DOUZE ANS

Par R. E. Kiernan, J. Huntsville.

Avec le consentement du conseil de l'éducation, et des professeurs de nos écoles publiques, j'ai examiné les dents des élèves de six à douze ans inclus. Quand j'entrai dans la salle d'études, il y eut d'abord des pleurs et des grincements de dents, mais quand on apprit qu'il n'y aurait pas d'extractions, tous les enfants voulaient être examinés les premiers.

Pour ne pas enlever les enfants à l'étude, nous prîmes une classe à la fois après les leçons.

Sur 154 élèves, pas un ne se refusa à l'examen.

Voici la moyenne du tant pour cent des caries aux âges divers.

Sur dix bouches, j'ai trouvé 66 0/0 des molaires de six ans cariées. Cela à l'âge de six ans. Sur ce nombre, la moyenne est répartie également entre les mâchoires du haut et du bas.

A l'âge de sept ans, sur 23 bouches examinées, 15 0/0 des dents étaient cariées. Là aussi il y a répartition égale entre les dents du haut et les dents du bas. Des molaires de six ans gauches supérieures, 31 0/0 étaient cariées. Des molaires droites supérieures, 25 0/0. Des molaires droites inférieures, 31 0/0 et des gauches, 25 0/0.

A l'âge de huit ans, 12 1/2 0/0 des dents examinées étaient cariées; de ce taux la carie était confinée aux molaires de six ans.

Le tant pour cent de la carie des molaires supérieures était de 25 0/0 et de 35 0/0 pour les molaires inférieures. Sur l'ensemble, on trouvait à la mâchoire supérieure 27 0/0 des molaires gauches

cariées et 24 0/0 des molaires droites. Dans les molaires inférieures, 47 0/0 étaient cariées à gauche et 24 0/0 à droite.

A l'âge de neuf ans, sur 24 sujets examinés nous avons trouvé le tant pour cent porté à 10 0/0.

La carie se bornait aux molaires. Il y avait 30 0/0 de caries, 23 0/0 aux molaires supérieures et 37 0/0 aux molaires inférieures; 16 0/0 pour les molaires gauches supérieures, 28 0/0 pour les molaires droites supérieures, 33 0/0 pour les molaires gauches inférieures, 43 0/0 pour les molaires droites supérieures.

A l'âge de dix ans, nous trouvons la carie dans la proportion de 11 0/0, presque bornée entièrement aux molaires.

36 0/0 des molaires étaient cariées, 33 1/3 0/0 des molaires supérieures, 45 0/0 des molaires inférieures, 23 0/0 des molaires droites supérieures, 10 0/0 des molaires gauches supérieures, 50 0/0 des molaires gauches inférieures, 40 0/0 des molaires droites inférieures, 8 0/0 des incisives supérieures étaient cariées, la carie étant partagée également entre les centrales et latérales. 3 1/3 0/0 des bicuspides étaient gâtées, les premières bicuspides seulement.

A l'âge de onze ans, la carie est de 9 0/0. La carie des molaires de six ans est de 30 0/0. Les molaires supérieures, 24 0/0. Les molaires inférieures, 36 0/0. Les molaires inférieures gauches, 31 0/0. Les molaires supérieures droites, 17 0/0. Les molaires gauches inférieures, 50 0/0. Les molaires droites inférieures, 22 0/0.

8 0/0 des incisives étaient cariées; de ce nombre il y avait 10 0/0 d'incisives centrales et 6 0/0 de latérales.

A l'âge de douze ans, 13 0/0 des dents étaient cariées. Dans les molaires supérieures, 34 0/0. Molaires inférieures, 46 0/0. Molaires gauches supérieures, 38 0/0. Molaires droites supérieures, 30 0/0. Molaires gauches inférieures, 60 0/0. Molaires droites inférieures, 32 0/0. Incisives centrales supérieures, 10 0/0.

En résumé, nous avons trouvé que le taux de la carie était :

A l'âge de 6 ans, 4 0/0;
A l'âge de 7 ans, 15 0/0;
A l'âge de 8 ans, 12 1/2 0/0;
A l'âge de 9 ans, 10 0/0;
A l'âge de 10 ans, 11 0/0;
A l'âge de 11 ans, 9 0/0;
A l'âge de 12 ans, 13 0/0;

Tant pour cent de carie sur les 154 bouches examinées : 10 4/7 0/0 montrant la moyenne de la carie de 6 à 12 ans.

(*The Western dental journal.*)

L'ÉTAT DES DENTS CHEZ LES ENFANTS DES ÉCOLES EN ANGLETERRE

Nous empruntons au *Journal of the British Dental Association* un rapport du Comité nommé par les représentants de l'Association dentaire britannique sur l'état des dents des enfants de deux grandes écoles anglaises.

Les membres du Comité donnent les résultats de leur examen des bouches de 3 368 enfants dans les écoles de Hanwell et Sutton et dans le bateau-école l'*Exmouth*, de Londres.

Les tableaux sont pleins d'intérêt, et il est agréable de penser qu'ils ont conduit à la nomination d'un chirurgien-dentiste dans ces deux écoles.

Table générale montrant quelques résultats d'un examen de la bouche de 3.368 enfants, filles et garçons, aux écoles de Hanwell, Sutton et le bateau-école de Londres, l'*Exmouth*.

NOMBRE d'examinés		DENTS temporaires		DENTS permanentes		DENTS malades		TOTAL	Dents arrachées	DENTS SAINES	
		à obturer	à arracher	à obturer	à arracher	temporaires	permanentes			Nombre	Nombre %
Hanwell..	903	1119	475	1222	271	1864	1493	3357	62	137	15.1
Sutton...	1985	2025	966	1173	513	2991	1686	4677	261	527	26.5
Exmouth.	1180	....	58	973	391	58	1364	1422	170	118	24.6
Totaux...	3368	3144	1769	3368	1175	4913	4543	9456	493	782	23.2

Ce rapport est signé par MM. Frederick Canton, Georges Cunningham, Léonard Matheson, W. B. Paterson, R. Denison Pedley, Sydney Spokes, J. Smith Turner.

THÉRAPEUTIQUE

MATIÈRE MÉDICALE. DENTISTERIE OPÉRATOIRE

I. Quelques travaux récents sur la cocaïne. — II. Propriétés antiseptiques et préparation du boro-borax. — III. De la formanilide, nouvel analgésique. — IV. Traitement de la névralgie faciale par la cocaïne. — V. Un nouvel anesthésique. — VI. Potion contre la stomatite aphteuse. — VII. L'essence de cannelle de Chine comme antiseptique. — VIII. Des propriétés de l'essence de girofle. — IX. Vaseline liquide iodée. — X. Sur un cas de bromisme chez un jeune enfant. — XI. Gargarisme hygiénique. — XII. Anesthésie mixte par le bromure d'éthyle et le chloroforme. — XIII. L'anesthésie générale incomplète. — XIV. Une vieille idée utile. — XV. Incompatibilités du borate de soude. — XVI. Valeur microbicide des mélanges antiseptiques.

I. — QUELQUES TRAVAUX RÉCENTS SUR LA COCAÏNE (Bignon, de Lima.)

I. — La cocaïne en solution franchement acide perd ses précieuses propriétés anesthésiques.

II. — La propriété anesthésique n'est pas détruite dans les solutions acides, mais elle est à l'état latent.

III. — Il suffit de neutraliser l'acide pour rendre à l'alcaloïde toute sa puissance anesthésique.

IV. — Tous les acides minéraux ou organiques essayés masquent la propriété anesthésique.

V. — L'intensité anesthésique atteint son maximum lorsque, tout l'acide étant neutralisé, la cocaïne alcaloïde est en suspension dans un liquide légèrement alcalin; pour plus de commodité, j'appelle *lait de cocaïne* cette préparation.

VI. — Le lait de cocaïne s'obtient en précipitant le chlorhydrate de cocaïne ou autre sel par un léger excès de carbonate de soude. Le bicarbonate n'agit pas d'une façon aussi efficace.

VII. — Le lait de cocaïne agit anesthésiquement, d'une façon d'autant plus efficace qu'il a été obtenu avec des liqueurs plus concentrées, la quantité d'alcaloïde étant d'ailleurs la même dans les deux cas.

VIII. — La plupart des sels de cocaïne, surtout les chlorhydrates cristallisés qui sont obtenus au sein de liqueurs acides, gardent une quantité appréciable d'acide. Leurs solutions ne donnent donc pas toute la puissance anesthésique de l'alcaloïde employé. Une partie de la puissance anesthésique reste à l'état latent.

X. — Le premier soin de l'opérateur, quand il se sert d'une solution de sel de cocaïne, doit être de s'assurer de sa neutralité; celle-ci ne peut être obtenue qu'aux dépens de la limpidité, d'une légère opalescence.

XI. — C'est à la différence dans le degré d'acidité des solutions que j'attribue, en grande partie, les divergences sur les doses nécessaires pour l'anesthésie.

XII. — Il serait à désirer que l'on essayât des injections sous-cutanées de lait de cocaïne; les essais faits sur les chiens m'ont paru encourageants. L'absorption dans le torrent circulatoire a paru atténuée et retardée. Cependant, tous mes efforts pour localiser l'action ont échoué jusqu'à présent.

Tous les faits qui précèdent ont été vérifiés bien des fois sur moi-même. Je me suis servi, comme terrain d'expérimentation, de la muqueuse buccale. Toutes ces expériences peuvent facilement être répétées sans danger. On ne doit pas dépasser la dose de 5 centigrammes d'alcaloïde dans chaque expérience, et ne pas faire plus de deux essais dans la même journée, à 4 heures d'intervalle. Le contact doit durer de 4 à 5 minutes. Je n'ai point trouvé d'avantage, sous le point de vue de l'anesthésie, à prolonger plus longtemps le contact de l'alcaloïde avec la muqueuse. Si on laisse l'alcaloïde en contact 10 minutes, on n'obtient que les premiers symptômes d'excitation cérébrale et d'accélération du pouls.

La dose de 10 centigrammes en *lait* produit, au bout de 4 minutes, une anesthésie telle que les mâchoires et la gorge semblent paralysées; l'effet produit est assez pénible pour que je ne l'aie essayée que deux fois. Cette dose paraît être celle qui est nécessaire pour les opérations chirurgicales.

La cocaïne absorbée au bout de 5 minutes n'est pas la moitié de

celle qui a été introduite dans la bouche. Il en résulte que l'absorption d'environ 5 centigrammes de cocaïne suffit pour produire les premiers phénomènes toxiques.

La durée de l'anesthésie m'a paru dépendre beaucoup plus de la durée du contact avec la muqueuse que de la dose de cocaïne. C'est la seule raison pour laquelle on peut prolonger la durée du contact jusqu'à 10 minutes; on obtient alors une demi-heure d'anesthésie au lieu d'un quart d'heure.

Le lait de cocaïne doit être préparé extemporanément, c'est-à-dire au moment de s'en servir; sans cette précaution, la cocaïne se précipite, se masse, et son action est bien moins efficace.

(*Bulletin de thérapeutique.*)

II. — Propriétés antiseptiques et préparation du boro-borax

M. Bourgeois emploie fréquemment depuis six mois le boro-borax découvert en 1891 par M. Jœnicke et lui trouve des propriétés antiseptiques supérieures à celles de l'acide borique. Il emploie pour la thérapeutique courante des affections oculaires une solution à 10 pour 100. Mais il a remarqué que, dans le cas d'instillation préalable de cocaïne, il se forme un précipité. Il a soumis le cas à M. Christiaens qui, après avoir étudié les réactions ainsi produites, lui a remis la note suivante :

« Le boro-borax donné par la méthode de M. Jœnicke est alcalin, et sa solution est également alcaline. En séparant les eaux-mères, et faisant recristalliser le sel une ou deux fois, on arrive à l'obtenir parfaitement neutre.

» Une solution de sel neutre, versée dans une solution de chlorhydrate de cocaïne, donne un précipité qui se redissout immédiatement; avec le sel alcalin, le précipité ne se redissout pas. C'est donc le sel neutre qu'il faut employer, si l'on doit se servir en même temps de cocaïne.

» Comme la préparation du boro-borax cristallisé est assez longue, et qu'une solution à 10 pour 100 est suffisante pour les usages journaliers, il est plus simple de l'obtenir directement de la façon suivante :

Acide borique..........................	100 grammes.
Borate de soude........................	Q. s. pour neutraliser.
Eau distillée..........................	Q. s. pour un litre.

» Il est assez difficile de déterminer la quantité exacte de borax nécessaire pour arriver à neutralisation. Ce nombre est variable avec le borax employé. Mais avec le borax ordinaire des pharmacies, la dose est de 97 à 98 grammes. On amène la solution à être sensiblement neutre, plutôt un peu acide; elle ne doit pas être alcaline (précipitation des alcaloïdes); elle ne doit pas être fortement acide, il se formerait rapidement un précipité d'acide borique; il faut qu'elle soit *à peine* acide. »

Le boro-borax, ainsi préparé, reste un peu inférieur, comme antiseptique, au sublimé à 2 pour 1000. Mais il a l'avantage, sur ce dernier, de ne pas être irritant et de n'être point toxique. Il peut

être placé au même rang que l'acide phénique et il est supérieur, comme je l'ai dit précédemment, à l'acide borique.

Il y a donc lieu, lorsque le traitement est confié au malade lui-même, surtout s'il s'agit d'enfants, de substituer le boro-borax au sublimé ; il y a lieu également de prescrire le boro-borax dans le cas où l'on ordonnait l'acide phénique et surtout l'acide borique. Et cela tout aussi bien dans la chirurgie générale que dans les maladies des yeux.

(*Un. méd. du Nord-Est.*)

III. — De la formanilide, nouvel analgésique

Une série de communications ont été faites à la *Société royale des médecins de Buda-Pesth* sur la formanilide, qui est l'homologue inférieur de l'acétanilide ou antifébrine. *M. Preisach* l'a employée en insufflations laryngiennes chez neuf malades atteints de laryngites douloureuses entravant la déglutition. En quelques minutes, il se produit une analgésie qui dure de deux à seize heures, généralement dix à douze heures. Dans un seul cas, ce médicament a produit des palpitations et un sentiment de dépression, troubles qui n'ont duré qu'une ou deux secondes. L'excitabilité réflexe de la muqueuse laryngienne disparaît en même temps que la douleur sous l'influence de la formanilide.

Sur les conseils du Dr Bokaï, *M. Meisels* l'a employée en injections uréthrales et sous-cutanées à 1 gr. pour 3 d'eau. L'effet anesthésique est prompt et permet de pratiquer de petites opérations chirurgicales.

M. Tauski a trouvé dans la formanilide un antipyrétique remarquable et un analgésique qui égale l'antifébrine, l'antipyrine et souvent même la morphine.

MM. Donath et *Bokaï* se félicitent également des résultats obtenus.

Neumann a expérimenté sur lui et sur un de ses confrères la formanilide en solution à 20 0/0 ; sur la langue elle provoque d'abord un sentiment de brûlure, puis la pâleur et l'anesthésie du point touché ; moins intense que celle de la cocaïne, l'action de la formanilide est plus durable.

(Société de médecins allemands de Prague. *Bulletin médical.*)

IV. — Traitement de la névralgie faciale par la cocaïne

M. Malherbe vient de publier, dans la *Gazette médicale de Nantes*, deux observations montrant les bons résultats des injections sous-cutanées de cocaïne dans des cas de névralgie faciale où tous les autres moyens de traitement avaient échoué.

Dans le premier cas, la névralgie durait depuis dix-neuf ans, et depuis sept ou huit ans ne faisait, pour ainsi dire, aucun répit à la malade. Des injections de cocaïne furent faites dans la joue et la lèvre avec une solution de cocaïne au vingtième. Une demi-seringue (2 centigr. 1/2 de chlorhydrate de cocaïne) était injectée deux fois

par semaine. Il y eut souvent des nausées, mais elles étaient toujours arrêtées ou prévenues par une injection de 1 centigramme de chlorhydrate de morphine.

L'atténuation des crises douloureuses étant devenue de plus en plus nette, on décida de ne faire des piqûres que lors du retour de paroxysmes douloureux. La malade put rester ainsi successivement dix jours, puis enfin quarante jours sans injection. Elle put, dès lors, mastiquer le pain et la viande, ce qu'elle ne pouvait faire depuis longtemps.

La guérison sera-t-elle définitive ? Malherbe n'ose l'espérer après une durée aussi longue de l'affection.

Dans le second cas, la névralgie datait de quatre ou cinq ans et avait été traitée inutilement par tous les moyens connus. Le même traitement que dans l'observation précédente a été employé et a agi de la même manière.

Pour l'emploi de la cocaïne, M. Malherbe donne les conseils suivants :

Il est bon, pour faire l'injection, de procéder de la manière suivante : on pique très légèrement la peau, surtout si l'état douloureux existe au moment de l'opération. Aussitôt qu'on a pénétré dans le derme, on injecte une goutte qui anesthésie les tissus par son contact ; on enfonce alors tout doucement, en continuant à injecter, de manière à faire précéder, pour ainsi dire, la pointe de l'aiguille de la goutte insensibilisante. En employant ce petit tour de main, on rend l'injection fort peu douloureuse Lorsque la pointe de l'aiguille est parvenue vers le milieu de la région douloureuse, on pousse le piston, en ayant soin de retirer ou d'avancer doucement l'aiguille, et en changeant quelque peu sa direction. On arrive ainsi à étaler le liquide sur une plus grande partie du territoire douloureux et surtout on évite à coup sûr, si l'on prend ces petites précautions, de faire une injection intra-veineuse de cocaïne. Peut-être la pénétration trop rapide de la cocaïne dans les vaisseaux n'est-elle pas sans influence sur la production des accidents qui ont été quelquefois observés, principalement quand l'injection est faite en un point quelconque de la tête.

Il ne faut jamais commencer par une dose supérieure à deux centigrammes et demi, c'est-à-dire une demi-seringue ; on pourra augmenter ensuite lorsqu'on aura ôté ainsi la susceptibilité au malade.

(*Le Courrier médical.*)

V. — Un nouvel anesthésique

Ce nouvel anesthésique, breveté par Meister, Lucius et Bruning, est *l'amide de l'acide eugénolacétique.*

Appliqué en poudre fine sur la langue, il produit, suivant la quantité employée, une insensibilité plus ou moins durable, sans exercer d'action caustique. Il cristallise en lamelles brillantes, de la solution aqueuse, et en aiguilles fines, de la solution alcoolique. Le point de fusion est 110 degrés. Pour le préparer, on fait agir une

solution concentrée d'ammoniaque dans l'alcool sur l'éther éthyl-eugénolacétique.

(*Pharm. Zeitung*, XXXVII, 1892, 474.)

VI. — Potion contre la stomatite aphteuse

Chlorate de potasse	4 grammes.
Hydrolat de tilleul	60
Hydrolat de menthe	5
Sirop de sucre	40

F. s. a. une potion à donner par cuillerées à café aux enfants, dans la stomatite aphteuse et ulcéro-membraneuse. — En outre, laver la bouche avec une solution contenant de 5 à 10 grammes de bicarbonate de soude par 300 grammes d'eau.

N. G.

VII. — L'essence de cannelle de Chine comme antiseptique

(C. Black)

L'auteur recommande cette essence comme un des plus puissants antiseptiques ; son pouvoir est moindre que celui du sublimé, mais il est aussi moins dangereux. Appliquée sur la peau, elle détermine de la rougeur et, après trois jours, il apparaît quelques ampoules. Le meilleur mode d'emploi est sous forme de solution aqueuse saturée. On peut obtenir une émulsion en agitant l'essence avec de l'eau déjà saturée. La solution et l'émulsion peuvent s'appliquer localement, mais après plusieurs applications, elles deviennent irritantes. On peut encore mélanger l'essence à l'acide borique pulvérisé et faire une pommade avec de la vaseline. Dans les affections du nez, on peut faire des pulvérisations avec une solution de l'essence dans la vaseline liquide.

VIII. — Des propriétés de l'essence de girofle

L'essence de girofle a une action toxique et sédative deux fois plus énergique que celle de muscade. Cette essence stupéfie le cerveau, diminue les réflexes, produit de l'ivresse, de l'analgésie, de l'anesthésie, le sommeil et abaisse la température ; elle est en outre très bon antiseptique, ses propriétés microbicides compensent ses effets nocifs.

IX. — Vaseline liquide iodée

(Sohet.)

Crismer a montré que la vaseline liquide dissolvait une certaine proportion d'iode, et Séhu a proposé de substituer à la teinture alcoolique d'iode une solution d'iode dans la vaseline. C'était une heureuse idée, car cette solution est inaltérable, et, avec elle, la fixation de l'iode sur la peau est plus grande et plus facile. Mais la vaseline liquide ne peut dissoudre plus de 3 à 5 0/0 d'iode ; une solution de 8 0/0 préparée à chaud précipite par le refroidissement. M. Sohet a vaincu la difficulté en recourant à un artifice qui consiste

à dissoudre l'iode dans la plus petite quantité possible d'éther et à ajouter ensuite la solution éthérée à la vaseline liquide.

(*Répertoire de pharmacie.*)

X. — Sur un cas de bromisme chez un jeune enfant

Le plus jeune de mes enfants, âgé de 21 mois, souffrait il y a huit jours de troubles de la dentition causés par la sortie des premières grosses molaires. Je lui préparai moi-même, dans une petite tasse, un collutoire composé de 8 grammes de bromure de potassium et 30 grammes de miel rosat, qui devait servir à lui frictionner les gencives. La tasse contenant le médicament, qui avait été déposée sur une table, m'apparut bientôt complètement vidée. Nulle part, trace du collutoire qui certainement avait dû être avalé en entier par un de mes enfants; mais par lequel? Les deux aînés protestant de leur innocence un peu sujette à caution; le dernier, trop jeune pour nous livrer ses sensations. Un peu inquiet, mais reculant cependant devant les conséquences d'une administration générale d'un vomitif ou d'un purgatif, je résolus d'attendre, ne doutant point qu'une éruption bromique ne tarderait pas à me dénoncer l'auteur du délit. C'est ce qui eut lieu. Dès la nuit suivante, le plus jeune bébé passait une nuit fort agitée, et sur le matin je constatai une urticaire très intense, localisée aux quatre membres. Le lendemain, nouvelle poussée du côté de la tête, où l'œdème des paupières, du nez, des lèvres, des joues défigurait horriblement mon petit malade. Enfin, le surlendemain, une dernière poussée d'urticaire s'observait sur le ventre, le dos et le thorax, qui avaient été respectés jusque-là. J'administrai 15 gr. d'huile de ricin, je lui fis prendre du bicarbonate de soude et force lait, et tout rentra dans l'ordre.

L'intérêt de cette observation réside dans l'absorption en une fois de 8 grammes de bromure de potassium par un bébé de 21 mois, de taille et de force moyennes. Le seul résultat a été une urticaire très intense, mais qui a cependant disparu assez rapidement, sans entraîner aucune autre suite fâcheuse.

A remarquer aussi la marche de cette urticaire qui a procédé par poussées se manifestant chaque nuit, et intéressant chaque fois une partie différente du corps, jusqu'à ce que toute la surface cutanée ait été atteinte.

Dr A. Bimsenstein.

XI. — Gargarisme hygiénique

Tannin........................	5 grammes.
Teinture d'iode..............	āā 2 gr. 50 centigr.
Teinture de myrrhe..........	
Iodure de potassium..........	1 gramme.
Eau de rose..................	180

Pour se gargariser tous les matins avec une cuillerée à café de cette solution diluée dans un verre d'eau.

XII. — Anesthésie mixte par le bromure d'éthyle et le chloroforme

M. Terrier. — En 1880, M. Terrillon communiqua à la Société les résultats de ses expériences avec le bromure d'éthyle comme anesthésique. Il insista sur ce fait que l'anesthésie ainsi obtenue durait peu et s'accompagnait de phénomènes spéciaux assez alarmants, d'allure asphyxique (congestion de la face, etc.). Dans la discussion qui suivit, on fut unanime à constater que ce mode d'anesthésie pouvait être employé seulement dans les petites opérations de très courte durée. Or, dans mon service, ces temps-ci, on a expérimenté à nouveau cette substance, mais cela dans le but exclusif de l'employer au début d'une anesthésie devant avoir lieu à l'aide du chloroforme pendant le reste de l'opération, autrement dit comme moyen anesthésique combiné au chloroforme, à la manière des Anglais, qui ont souvent recours à ces anesthésies mixtes (protoxyde d'azote et chloroforme, ou éther, puis chloroforme, etc.). On a recours au bromure d'éthyle à doses massives exclusivement au début, pendant une minute environ, puis on passe de suite au chloroforme. Sur 66 cas, on n'a pas eu d'accidents. De cette façon, l'anesthésie est obtenue en une minute et continuée ensuite très faiblement avec des doses très minimes de chloroforme, doses qui sont encore plus faibles que celles nécessaires avec les procédés décrits par mes élèves, MM. Péraire et Marcel Baudouin [1]; ce qui n'est pas peu dire.

On emploie cet anesthésique de la façon suivante : après avoir enduit le visage de vaseline pour éviter des brûlures, on verse sur une compresse une quantité assez grande de bromure et on applique sur la figure cette compresse. Le cou se tuméfie, la face se congestionne, la pupille se dilate et en une minute la cornée est insensible. Alors on change et administre le chloroforme par la méthode des doses faibles et continues, désormais bien connue.

Je trouve ce procédé excellent, car il permet d'abréger la durée de la première période de l'anesthésie.

M. Richelot. — M. Poitou-Duplessis a recours à ce mode d'anesthésie mixte depuis plusieurs années et l'a décrit à la Société d'obstétrique et de gynécologie. D'ailleurs, moi-même je l'ai employé souvent dans mon service depuis plus de deux ans. De la sorte, on endort vite et on pare aux accidents réflexes du début de la chloroformisation. A ce propos, je crois devoir mentionner que les piqûres d'atropo-morphine, employées dans le même but, ne m'ont pas donné des résultats probants. Et chez les malades chez lesquels il faut rendre plus facile la chloroformisation (cardiaques, alcooliques, vieillards), je crois qu'il vaut mieux recourir au bromure d'éthyle.

M. Terrillon. — J'ai employé pendant dix-huit mois, à Lourcine, le bromure d'éthyle comme anesthésique ; mais, à la Salpêtrière,

1. Baudouin (M.). — *De la chloroformisation à doses faibles et continues*, 1890.

j'ai été frappé des phénomènes asphyxiques qu'il produit et l'ai abandonné de peur d'accidents. Je sais qu'à Nancy et dans l'Est on l'emploie beaucoup et qu'il est entré dans la pratique de nombreux chirurgiens étrangers (Allemands, Américains, etc.). Je dois dire enfin qu'il y a eu des cas de mort. Je suis revenu au chloroforme, qui ne m'a jamais causé d'ennuis.

M. Richelot. — Je me permets de faire remarquer que M. Terrillon n'a utilisé que l'anesthésie obtenue à l'aide du bromure d'éthyle employé seul et n'a jamais eu recours à l'anesthésie mixte.

M. Terrier. — En effet, il faut distinguer cette anesthésie mixte de celle dont veut parler M. Terrillon. M. Richelot dit qu'il endort ses malades *à moitié* au bromure, avant de recourir au chloroforme ; à Bichat, on les endort complètement. Je ne sais si ce procédé permettra d'éviter tous les accidents du début de la chloroformisation ; en tous cas, je ne veux pas, sur ce point, être aussi affirmatif que M. Richelot et préfère rester dans le doute. Qu'on expérimente cette manière de faire sur une vaste échelle, et l'on pourra alors faire des comparaisons utiles.

(*Soc. de Chirurgie.*)

XIII. — L'anesthésie générale incomplète

Lorsque l'on emploie le chloroforme en inhalations dans la thérapeutique médicale, on ne cherche que très rarement à obtenir l'anesthésie complète. Le plus souvent, le malade doit simplement être plongé dans cet intermédiaire entre la veille et le sommeil que l'on obtient par la *chloroformisation à la reine* de Simpson.

On peut agir comme le conseille Image (Lauder Brunton). On place, au fond d'un verre, un morceau de papier buvard ou de linge imbibé de chloroforme. Le malade prend le verre à la main et aspire les vapeurs du médicament. La forme du verre empêche qu'il ne soit appliqué trop immédiatement contre la figure et les vapeurs se mélangent constamment d'air. Quand le chloroforme produit son effet, le malade laisse tomber la main qui tient le verre et les inhalations cessent. Elles sont reprises quand la connaissance redevient complète. Le malade n'a d'autres précautions à prendre que de verser de temps en temps un peu de chloroforme au fond du verre.

(*L'Union médicale.*)

XIV. — Une vieille idée utile

Nous croyons que c'est le Dr W. H. Earnes qui a dit : Si vous désirez enlever une dent temporaire et que la crainte empêche l'enfant de s'y prêter, glissez un morceau de tube en caoutchouc sur la couronne jusqu'au collet de la dent, et en quelques jours la dent sera assez ébranlée pour pouvoir être extraite avec les doigts.

(*The Dental Review.*)

XV. — Incompatibilités du borate de soude

Le borate de soude, comme tous les alcalins, décompose le chloral en chloroforme et acide formique sous l'influence de la chaleur. Il importe, si l'on doit exécuter une préparation pharmaceutique (gargarisme ou autres) contenant ces produits, de procéder à la température ordinaire. On peut évidemment faciliter par la chaleur la solution du borate de soude, mais il faut attendre son refroidissement pour ajouter le chloral. En opérant d'une autre façon, on est exposé à délivrer une ordonnance ne contenant pas de chloral et pas même de chloroforme, s'il y a eu réunion et ébullition prolongée des éléments constitutifs.

M. Christiaens a eu à préparer un collutoire contenant : chlorhydrate de cocaïne, 0,20 ; eau distillée, 5 grammes ; borate de soude, 0,50 ; glycérine, 2 grammes. La solution de borax dans la glycérine versée dans la solution aqueuse de cocaïne donna un précipité abondant dû à l'alcalinité du borate de soude et que l'on fit disparaître en neutralisant exactement par l'acide chlorhydrique dilué. Les divers alcaloïdes précipitent avec le borax, surtout la quinine et la morphine. Avec cette dernière, la précipitation est lente et peut passer d'abord inaperçue. Dans ces conditions, un malade pourrait absorber une grande quantité de morphine dans la dernière cuillerée de la potion (*Revue de thér. méd.*, 1892. p. 24).

M. Dupuy dit cependant (*Progrès médical*, 30 janvier 1892) avoir pu associer dans un collutoire glycériné le borax et le chlorhydrate de cocaïne sans que la préparation se troublât. Pour lui, il n'y a de précipité que lorsqu'on n'ajoute pas de glycérine soit chimiquement pure, soit ordinaire, c'est-à-dire légèrement acide. En augmentant un peu la proportion de glycérine, la préparation pourrait même s'exécuter à froid et sans le secours du mortier.

M. Christiaens (*Union méd. du Nord-Est*, 1892, II, p. 54) a répondu à M. Dupuy qu'il est absolument certain que le borax précipite les alcaloïdes de leurs sels. Si on emploie de la glycérine, l'alcaloïde s'y dissout s'il y est soluble. Mais il peut y avoir de l'inconvénient, dans certains cas, à introduire de la glycérine dans les préparations.

XVI. — Valeur microbicide des mélanges antiseptiques

M. le D[r] de Christmas publie, dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, de nouvelles recherches sur les mélanges antiseptiques. On sait que la possibilité d'augmenter la force microbicide des antiseptiques en les mélangeant entre eux a été entrevue par plusieurs savants, mais la mesure de ce pouvoir est assez difficile à apprécier par les méthodes anciennes et M. de Christmas a appliqué à cette recherche un procédé nouveau qui donne des résultats plus certains.

Le nombre des combinaisons de substances antiseptiques, quoique grand, est limité par la nécessité de n'employer que des subs-

tances dont le mélange soit soluble dans l'eau. La base de presque tous les mélanges employés ici est la combinaison entre l'acide phénique et l'acide salicylique. La présence du phénol augmente la solubilité de l'acide salicylique dans l'eau et c'est probablement en grande partie à ce phénomène qu'il faut attribuer l'augmentation et la force antiseptique de ce mélange qui est presque le double de celle de ses deux éléments pris isolément. Le pouvoir antiseptique est encore augmenté si on ajoute une petite quantité d'un acide organique : de l'acide citrique, lactique ou oxalique.

Voici la formule du mélange qui a paru le meilleur sous le rapport de la solubilité et de son pouvoir antiseptique :

Acide phénique............................	9 grammes.
Acide salicylique..........................	1
Acide lactique............................	2
Menthol....................................	0 gr.10 centigr.

Ce mélange, qu'on prépare en chauffant les trois acides jusqu'à liquéfaction, est très soluble dans la glycérine. Il se dissout facilement dans l'eau jusqu'à la proportion de 4 0/0. Son pouvoir antiseptique est considérable et n'est dépassé que par celui des sels de mercure. En effet, l'expérience montre que ce mélange, qui a reçu le nom de *phénosalyl*, a une force antiseptique plus de trois fois plus grande que celle de l'acide phénique seul.

La force antiseptique du phénosalyl se manifeste d'une manière remarquable dans les liquides organiques ; des crachats tuberculeux mélangés avec 5 fois leur volume d'une solution à 2 0/0 sont stérilisés au bout de 15 minutes et leur inoculation aux cobayes devient inoffensive. L'urine et le sang putréfié sont stérilisés dans les mêmes conditions au bout de cinq minutes.

LIVRES ET REVUES

Des meilleurs moyens d'anesthésie à employer en art dentaire, par le Dr E. Sauvez, de la Faculté de Paris, Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris, Membre de la Société de Stomatologie. (Paris, Société d'Editions scientifiques, 1893.)

La loi de 1892 a rendu l'étude des anesthésiques nécessaire aux dentistes. La thèse de M. Sauvez est donc la bienvenue, d'autant plus qu'elle est inspirée de la pratique de la chirurgie dentaire, de ses besoins, de ses limites.

Nous sommes heureux que l'auteur ait, dès la préface, affirmé ses préférences pour l'anesthésie locale, et que dans les autres chapitres il ait montré les périls de l'anesthésie générale. Les dentistes n'ont pas sollicité l'extension de leur pratique du côté médical, et

nous considérons l'anesthésie générale proprement dite comme hors de nos besoins. C'est un don que nous aurions voulu repousser. M. Sauvez dit :

« Donc, à notre avis, ce n'est qu'à titre exceptionnel que l'anes-
» thésie générale doit être employée en art dentaire, et nous verrons
» que l'anesthésie locale peut donner pour la plupart des cas qui
» se présentent en pratique des résultats parfaits, sans faire courir au
» malade aucun risque, tout au moins pour une extraction simple.
» S'il s'agit d'une opération plus importante qu'une extraction
» simple, nous, ne croyons pas qu'il soit bon, en pratique, d'avoir
» à s'occuper à la fois de l'opération et de l'anesthésie. Dans ce
» cas donc le dentiste devra avoir recours à un aide. »

Ces vérités évidentes ont besoin d'être répétées.

Le sujet de l'anesthésie est si vaste qu'on n'est pas étonné que M. Sauvez ne l'ait traité qu'incomplètement, et ait laissé nombre de points intéressants dans l'ombre :

L'étude comparative des différents anesthésiques, leur mortalité proportionnelle n'est pas examinée ; les contre-indications ne sont pas suffisamment mises en lumière.

La thèse de M. Sauvez renferme des chapitres excellents : celui sur le bromure d'éthyle, pour lequel l'auteur a des préférences marquées ; elles s'appuient sur une expérience personnelle et ce qu'il en dit doit aider à lui donner une place éminente parmi les anesthésiques généraux que le dentiste peut utiliser.

Le chapitre sur la cocaïne en solution aqueuse est un bon résumé de nos connaissances sur ce merveilleux anesthésique. Les recherches et les conseils pratiques de MM. Reclus et Isch-Wall ainsi que le manuel opératoire de l'injection cocaïnique y sont bien exposés.

Comment se fait-il que l'auteur n'ait pas abordé l'étude des différents sels de cocaïne et des dissolvants qui servent à les administrer ? Nous regrettons surtout qu'il ait passé sous silence la dissolution de cocaïne dans la vaseline liquide. Certes, les précautions conseillées par M. Sauvez pour l'injection sous-muqueuse de cocaïne dans l'eau sont excellentes, et en les employant on évite la plupart des accidents cocaïniques, mais il me permettra de lui dire qu'on les évite bien plus sûrement en employant la dissolution de cocaïne dans l'huile de vaseline.

Etre obligé d'abaisser la dose de cocaïne à un centigramme, c'est se condamner à n'obtenir très souvent qu'un semblant d'anesthésie. C'est, dans la plupart des cas, faire de l'anesthésie par suggestion : comme avec les injections d'eau simple.

Enfin, nous ferons à M. Sauvez un petit procès de tendance. Où a-t-il appris le mode d'administration de la cocaïne ? A l'Ecole dentaire de Paris, dont il fut un des brillants élèves, dont il est l'un des professeurs les mieux doués.

Pourquoi l'oublie-t-il et ne cite-t-il pas plus largement les travaux communiqués à la Société d'odontologie? Cette application de la vaseline liquide à la dissolution de la cocaïne, c'est M. Poinsot qui

l'a fait connaître; les premières injections de cocaïne pour l'anesthésie dentaire ont été faites à la clinique de l'Ecole.

Nulle part on n'a mieux mis en lumière les accidents résultant de l'injection cocaïnique : la collection de l'*Odontologie* le prouve.

Cela ne méritait donc pas une petite mention ?

Nous avons déjà signalé le « *boycottage* » scientifique des aspirants stomatologistes ; nous regrettons qu'un fils de dentiste, que l'un des nôtres s'y soit associé d'une manière évidente.

En résumé, la thèse de M. Sauvez a des mérites indéniables, et quelques-uns de ses chapitres seront consultés avec profit par ceux qui veulent étudier les anesthésiques.

Ce qu'il dit du bromure d'éthyle dans ses applications à la chirurgie dentaire étendra les services de l'anesthésie générale dans notre pratique, puisqu'elle reportera à l'arrière-plan l'anesthésique dangereux : le chloroforme.

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

LA PRODUCTION DE LA GUTTA-PERCHA

Cette question n'intéresse pas directement les dentistes, mais néanmoins, étant donné l'emploi que nous faisons de ce produit, il nous a paru intéressant de faire connaître les recherches suivantes :

La production de la gutta-percha sans cesse décroissante préoccupait vivement les électriciens depuis longtemps ; on sait quel rôle important cette substance joue en électricité.

Cette diminution de la production tient au mode de récolte de la gutta.

Celle-ci est produite par l'*isonandra gutta*, arbre cultivé dans la Malaisie. Les indigènes, pour récolter le suc de l'arbre, abattent les *isonandra* de trente ans ; par ce procédé, ils retirent par arbre 265 grammes de gutta impure et, par cette destruction incessante des arbres, la gutta devient de plus en plus rare, quoique son emploi augmente sans cesse ; aussi la fraude se donne-t-elle libre carrière et la gutta vraie et de bonne qualité devient-elle un mythe.

M. Jungfleisch, professeur de chimie à l'Ecole de pharmacie de Paris, ayant autrefois fait des recherches sur la composition chimique de la gutta-percha, fut amené à s'occuper de la façon dont s'obtenait cette substance, et frappé de la faible quantité de produit obtenu par les procédés actuels appelés à amener à brève échéance la destruction des *isonandra*, actuellement cultivés exclusivement en Malaisie, il rechercha, aidé par M. Serullas, ingénieur envoyé en mission en Malaisie, si l'on ne pourrait pas obtenir de la gutta en

plus grande quantité et si l'on ne pourrait pas récolter cette substance sans détruire l'arbre. C'est le résultat de ces recherches qu'il a fait connaître dernièrement à la Société d'encouragement pour l'Industrie nationale dans une communication que publie le *Journal de Pharmacie et de Chimie*.

M. Jungfleisch rechercha d'abord si toutes les parties de l'*isonandra* (bois, bourgeons, feuilles) contenaient de la gutta. Il trouva que toutes ces parties et en particulier les feuilles en contenaient de 9 à 10,50 pour 100.

Pour l'obtenir, il suffit, avec quelques manipulations dans le détail desquelles nous n'avons pas à entrer, de traiter les feuilles par un dissolvant de la gutta, le *toluène*, et l'on a ainsi une gutta d'excellente qualité, comme on n'en trouve plus aujourd'hui dans le commerce.

Un *isonandra gutta* de 30 ans ayant, d'après M. Serullas, de 25 à 30 kilogrammes de feuilles vertes, soit environ 11 kilogrammes de feuilles sèches, cet arbre donnerait par ce procédé, rien que par ses feuilles, 1000 à 1100 gr. d'excellente gutta, tandis qu'en abattant l'arbre par les procédés actuels il n'en donne que 265 gr. de qualité inférieure. De plus, ce procédé ne nécessitant pas la destruction de l'arbre, celui-ci produirait constamment de la gutta et l'on ne serait pas obligé d'attendre que l'arbre ait 30 ans pour en obtenir, puisque, quels que soient la taille ou l'âge du sujet, il n'y aurait qu'à lui enlever ses feuilles sans nuire à son accroissement.

On expédierait en Europe les feuilles, facilement reconnaissables par leur forme particulière, ce qui mettrait les fabricants à l'abri de la fraude, et ceux-ci extrairaient eux-mêmes la gutta de ces feuilles.

Il faut espérer qu'en Malaisie on comprendra l'importance de la découverte de M. Jungfleisch et que la destruction des *isonandra* s'arrêtera, puisque ce sera tout profit pour les producteurs.

M. Jungfleisch dit qu'il sera heureux si ses recherches peuvent amener quelque amélioration dans les procédés de récolte de la gutta. On doit vivement le féliciter de ses travaux, appelés à rendre des services inappréciables dans toutes les industries où l'on emploie cette substance.

LES SOINS DES MAINS

Si les personnes occupées dans un laboratoire veulent prendre la précaution de s'enduire les mains de glycérine avant d'entreprendre un travail avec du plâtre ou du caoutchouc, les mains seront plus longtemps protégées et le nettoyage en sera facilité.

Dr Garrett. *Newkirk, in The Dominion Dental Journal.*

NOUVELLES

MODIFICATIONS AUX CONDITIONS D'INSCRIPTION AU « DENTIST'S REGISTER »

On sait qu'en Angleterre l'inscription au *Dentist's Register* confère à ceux qui l'ont obtenue tous les avantages et privilèges de la pratique légale. Jusqu'ici les autorités médicales avaient accepté l'équivalence du diplôme de licencié en chirurgie dentaire avec ceux conférés en Amérique par l'Université de Haward et l'Université de Michigan. Les dentistes dirigeants de la *British dental Association* viennent de demander que cette équivalence ne soit plus reconnue, parce que, dit-on, les études dentaires en Angleterre ont pris une extension qu'elles n'ont pas reçue en Amérique. Le Conseil général vient de décider, selon le vœu des pétitionnaires, que l'équivalence serait refusée.

Voici le texte de la résolution adoptée :

« Que la reconnaissance des certificats des titres de docteur de » médecine dentaire de l'Université de Haward, et docteur de chi- » rurgie dentaire de l'Université de Michigan, soit suspendue jus- » qu'à nouvel ordre, et le gardien des registres soit instruit qu'il » doit refuser l'enregistrement de ces certificats. »

UN MOYEN DE SE FAIRE DES RENTES A L'USAGE DES PATIENTS

Après avoir échoué à un premier procès, Madame Jane L. Fowle, de Dedham, Massachussets, vient d'obtenir un verdict contre M. Uriah K. Mayo, un dentiste de Boston.

Madame Fowle alla à Boston en 1891 pour se faire enlever quatre dents cariées. Elle alla chez le Dr Mayo, 378, Tremont Street, et demanda qu'on lui administrât du protoxyde d'azote, pour être insensible à la douleur.

Elle prétend qu'au lieu de protoxyde d'azote on lui administra du *gaz végétable*, et de plus quand, elle reprit connaissance, elle vit près du fauteuil un jeune étudiant dentiste qui avait enlevé une dent saine au lieu de la dent cariée.

Elle demanda 10.500 fr. de dommages intérêts ; le Jury lui accorda 2.362 fr. 50.

Les dentiers, à ce prix, coûtent un peu cher.

(*The Dental Tribune.*)

LA PROFESSION DENTAIRE EN ESPAGNE

Une réunion de dentistes a eu lieu récemment à Madrid, dans le but de prendre des mesures pour représenter au Ministre de l'éducation espagnole la nécessité de réformes dans l'éducation dentaire. Des résolutions furent soumises pour que les étudiants dentaires soient admis dans les facultés et universités médicales, et pour que la loi accorde aux dentistes les rangs académiques et les droits et privilèges auxquels la profession dentaire, en raison de son importance, a des titres. On suggère aussi que la pratique illégale de l'art dentaire doit être combattue; ce qui est, ajoute-t-on, très négligé actuellement par les autorités à qui cela incombe.

(The British Journal of Dental Science.)

AJOURNEMENT DU CONGRÈS DE ROME

Par décision du Comité exécutif du 1er Congrès International des Sciences médicales, le Congrès qui devait s'ouvrir le 24 septembre a été reporté au mois d'avril 1894.

M. H. L. Milliken, dentiste à Greensburg-Indiana, vient d'être sérieusement blessé par l'explosion d'une machine à vulcaniser. Le vasistas et les fenêtres furent brisés par la force de l'explosion. Le Dr Milliken fut blessé aux deux yeux et sa vie cou[illegible] [illegible]nger.

(Dental Tribune.)

Il y a dix-huit journaux dentaires aux Etats-Unis ; un au Canada ; trois en Angleterre ; six en France; six en Allemagne ; deux en Autriche ; un en Suisse ; cinq en Italie; un au Danemark; un en Russie; un en Espagne ; un en Norwège ; un à Cuba ; un au Japon ; en tout quarante-huit. Le Journal *Items of Interest* a la plus grande circulation.

(Items of Interest.)

JURISPRUDENCE DENTAIRE

Soins obligatoires.

Un juge de Riga (Russie), M. Kest, adressa une lettre au dentiste Kelman, dans laquelle il le priait de se rendre à son domicile le

jour même ou les jours suivants pour donner des soins à sa femme, qui souffrait des dents, Mme Kest étant dans un état maladif après ses couches. M. Kelman chargea la bonne de répondre à M. Kest qu'il ne pouvait donner des soins à domicile et qu'il n'avait pas d'instruments pour aller en ville. M. Kest l'actionna devant le tribunal. Pendant l'interrogatoire, le dentiste Kelman a expliqué qu'il ne s'était pas rendu chez Mme Kest: 1° parce qu'il n'est pas un médecin ordinaire, obligé d'aller visiter les malades à domicile; 2° parce qu'il n'avait pas d'indications sur la nature de l'affection dentaire de la patiente et qu'il n'aurait pas su quels instruments prendre, et comme il a, dit-il, un cabinet plein d'instruments, il ne pouvait pas les emporter tous avec lui.

Malgré la défense d'un avocat, le tribunal a reconnu M. Kelman *coupable* d'après l'article 882 (refus des médecins de donner des soins) et condamna le dentiste à 6 roubles d'amende.

(Traduit par Broussilowsky.)

NÉCROLOGIE

W. VIGNAL

Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. W. Vignal, chef au laboratoire du Collège de France. Il avait publié une étude du plus grand intérêt sur les micro-organismes de la bouche. W. Vignal meurt jeune, à la suite d'une piqûre de laboratoire.

UN PETIT ROMAN D'ORIGINE DENTAIRE

Vous vous souvenez encore, sans doute, du mariage de Mlle de V... avec le comte de B..., célébré, il y a six mois, à l'église Saint-Augustin. Qu'elle était belle dans sa robe blanche à longue traîne sur laquelle tombait en replis nuageux le long voile des mariées !

Lorsque, légèrement penchée au bras de son père, elle passa lentement, avec un froufrou soyeux, au milieu de la foule qui se pressait aux abords de l'église, un long murmure d'admiration s'éleva et l'accompagna jusqu'au seuil du sanctuaire.

« Qu'elle est belle ! » disaient les hommes.

« Qu'il est beau ! » répétaient les femmes, en apercevant le fiancé.

Le fait est qu'ils étaient tous deux charmants, jeunes, pleins de santé, se mariaient par amour, et se trouvaient affligés mutuellement de cent cinquante mille francs de rentes, sans compter des espérances d'un *chiffre* presque invraisemblable.

A peine mariés, les nouveaux époux s'enfuirent à tire d'aile cacher leur bonheur vers les rivages parfumés de la mer de Sorrente.

Ils revenaient d'Italie le mois dernier, plus que jamais ils s'adoraient.

A les voir passer, les yeux dans les yeux, doucement appuyés l'un sur l'autre, on pouvait présager à leur lune de miel une durée peu ordinaire en les temps troublés où nous vivons.

Le ménage s'installa dans un merveilleux petit hôtel du parc Monceau. On devait y pendre la crémaillère, il y a aujourd'hui juste quinze jours.

Un dîner de famille et d'amis intimes. Quarante couverts.

La vicomtesse G..., la blonde et sémillante duchesse de D..., la belle baronne russe de W..., le général S..., en un mot la fine fleur de l'aristocratie du noble faubourg.

Une minuscule pendule Louis XV, placée sur une étagère, venait de sonner six heures. Dans quelques minutes, le maître d'hôtel allait majestueusement ouvrir les portes du salon et annoncer de sa superbe voix de basse : « Madame est servie ! » On n'attendait plus que le comte. Ce dernier s'était excusé auprès de ses invités, en disant à sa jeune femme :

« Eh bien, oui, mignonne, je vais la mettre puisque cela vous fait plaisir. Vous savez que le bijoutier ne l'a apportée que tout à l'heure.

— Revenez vite. »

Au bout de cinq minutes environ, le comte de B... descendit et se dirigea vers le fauteuil de la comtesse. Se penchant vers elle, il l'enveloppa d'un long regard caressant, et lui montrant du doigt une épingle de cravate dont le chaton enchâssait une toute petite dent :

« Vous souvenez-vous, cher trésor, combien elle vous fit souffrir ?

Selon votre désir, je l'ai fait monter en épingle. Je la porterai toujours. »

La comtesse, d'abord souriante, les yeux fixés sur la dent cerclée d'or, venait de poser sa main sur le bras de son mari qu'elle entraînait sous le lustre.

Lui, heureux de ce caprice, faisait semblant de résister, et se laissait mener au travers des invités qui suivaient ce beau couple d'un regard sympathique.

« Il me semble, mon adorée, disait le comte, que vos petits ongles roses sont bien pointus. Comme vous me serrez ! Je suis sûr, méchante, que je vais avoir des bleus ! »

Tout à coup, en pleine lumière, la comtesse s'arrêta, ses yeux, démesurément ouverts, se fixèrent sur l'épingle, elle devint horriblement pâle... On eût dit qu'elle allait mourir. Les mains crispées sur sa robe, elle regarda en face son mari qu'elle venait de repousser et lui dit d'une voix vibrante de colère ce seul mot :

« Misérable ! »

Le comte chancela. Les invités se levèrent tous, comme mus par un ressort. On croyait avoir mal entendu, mais sur le seuil de la porte qui conduisait à son appartement, la comtesse se retourna, étendit le bras vers son mari et répéta :

« Misérable ! »

Il ne fut plus question de dîner ni de crémaillère. Les invités s'esquivèrent rapidement, se disant entre eux :

« Qu'y a-t-il ? que s'est-il passé ? Ils s'aimaient tant une minute avant. Mystère ! Mystère ! »

Et pendant huit jours, les cancans les plus échevelés, les potins les plus abracadabrants firent autour de cette histoire les délices des salons où l'on... potine.

Or, avant-hier, à l'heure où les allées du Bois de Boulogne cachent sous leurs vertes frondaisons les flirtages élégants, au moment où les paroles mystérieusement murmurées sont couvertes et assourdies par des gazouillements d'oiseaux, on eût pu voir, les yeux dans les yeux, le regard éperdu d'amour, le comte et la comtesse de B...

Voici ce qui m'a été raconté, hier soir, par Mme la marquise d'O..., douairière, grand'mère du comte de B...

« Figurez-vous, mon bon ami, que tout cela est arrivé pour le plus minuscule des motifs. Vraiment, les jeunes filles d'aujourd'hui sont trop vives. J'ai beaucoup aimé feu le marquis d'O... mais nous n'avons certainement pas compté cinquante années de mariage sans nous chamailler un peu. Vous n'ignorez pas, du reste, que ce brave marquis, à part le petit défaut de jouer, avait souvent à se reprocher quelques incursions plus ou moins prolongées dans les coulisses de l'Opéra. J'étais belle, on me le disait, je ne l'ignorais pas, et je savais qu'il me reviendrait plus amoureux que jamais.

— Vous êtes toujours belle, marquise !

— Taisez-vous, flatteur ! Non, je n'aurais jamais eu l'idée de faire une pareille scène. Ce n'est pas une femme que la comtesse, c'est un accumulateur électrique.

» Vous savez ou vous ne savez pas que, pendant les premiers jours qui suivirent son mariage, la comtesse eut un horrible mal de dents. On dut lui en arracher une. Ce doit être une terrible chose, une grande douleur que j'ignore, ajouta la marquise en me montrant ses dents (je sais qu'elles sont fausses). Bref, le comte prit amoureusement la dent extraite, et pria le dentiste de la faire monter à Paris en épingle par son joaillier ordinaire.

» Le soir du scandale, il descendit portant à sa cravate une dent *jaune*.

» Mon Dieu, les hommes sont si traîtres! La comtesse s'imagina qu'il avait changé sa dent pour celle d'une ancienne maîtresse. Vous savez qu'elle a des dents de jeune chien, elle ne reconnaissait plus son bien. De là une colère subite qui s'est traduite comme vous savez. C'était le dentiste qui s'était trompé de dent. Depuis, tout s'est arrangé. »

PUBLICATIONS REÇUES

Le Progrès Dentaire.
Revue Odontologique.
L'Art Dentaire.
Le Progrès Médical.
La Gazette des Hôpitaux de Toulouse.
Le Bulletin Médical.
Les Connaissances Médicales.
La Pratique Médicale.
Le Journal d'Hygiène.
L'Union Médicale.
Archives de Pharmacie.
Revue et Archives suisses d'Odontologie.
Annales de la Société d'Odontologie de la Habana.
The Dental Cosmos.
Items of Interest.
La Odontologia de Cadix.
The Journal of the British.
Dental Association.
The Dental Tribune.
Le Monde Dentaire.
Revue de Médecine Dentaire.
The Dental Review.
Ohio State Journal of Dental Science.
The British Journal of Dental Science.
The Dental Record.
The Dental Advertiser.
The Archives of Dentistry.
The International Dental Journal.
Correspondenzblatt für Zahnärzte.
Journal für Zahnheilkunde.
Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde.
Zahntechnische Reform.
Skandinavish Tidschrift for Tandlaeger.
Monatsschrift des Vereins Deutcher Zahnkünstler.
Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde.
L'Odontologia.
Zahnartzlische Bundschau.
Revue de Polytechnique Médicale.

BIBLIOGRAPHIE ODONTOLOGIQUE

Blocman. — *Rapport des Travaux de la 1re section du Congrès.*
Historique de la Société d'odontologie.
P. Dubois. — *Rapport présenté au Cercle des dentistes*, au nom de la commission chargée d'examiner le projet de la Faculté de médecine sur la réglementation de l'exercice de l'Art dentaire (*Odontologie*, 1882).
Lois sur l'exercice de la médecine devant la Chambre des députés.
Rapport présenté au nom de la Commission de l'Association générale des dentistes de France, chargée d'examiner les projets sur l'exercice de la médecine, soumis à la Chambre des députés (chez Lecrosnier et Babé, 1890).
De la constriction permanente des mâchoires (*Odontologie*, 1885).
L'Art dentaire aux Etats-Unis (Berthier. et *Odontologie*, 1887-1888.)
Aide-Mémoire du chirurgien-dentiste. Première partie. Thérapeutique de la carie dentaire, 2e édition. (Lecrosnier, 1889.)
P. Dubois, Aubeau et Thomas. — *Aide-Mémoire du chirurgien-dentiste*, 1re édition (Lecrosnier, 1885).
Ch. Godon. — *La réforme de l'art dentaire* : Projet de fondation à Paris d'une Ecole professionnelle libre de chirurgie et de prothèse dentaires (*Bulletin du Cercle des dentistes de Paris.* — N° 5. — Janvier 1880).......... 1,50
Le Cercle des dentistes de Paris et la Société syndicale de l'art dentaire. Réponse au Dr Stoess (*Bulletin du Cercle des dentistes.* — N° 8. — Août 1882).
Discours comme président du Cercle des dentistes de Paris (*Bulletin du Cercle des dentistes*, février 1881 ; *Odontologie*, juin 1881 et mars 1882).
Rapports annuels de l'Association générale des Dentistes de France et de la Société civile de l'Ecole et de l'Hôpital dentaires de Paris, de 1880-81-82-83-84-85-86 87-88-89-90 (*Bulletins du Cercle des dentistes et Odontologie*, 1879-1891).
La Réforme de l'Art dentaire : Etude des projets de réforme en Belgique (*Odontologie*, numéro d'octobre 1886.).............................. 1,50
Les Services dentaires gratuits en France (*Odontologie*, numéro de février 1887).. 1,50
L'enseignement de l'Art dentaire : Programmes, procédés et méthodes d'enseignement (*Odontologie*, numéros d'août et de septembre 1887. Communication au Congrès médical international de Washington)................ 1,50
Reconstitution de l'identité des cadavres par l'examen du système dentaire (*Odontologie*, juin 1887).
L'Antisepsie du matériel opératoire en chirurgie dentaire (*Odontologie*, décembre 1889).
L'enseignement de l'Art dentaire : Communication au Congrès dentaire international de Paris, 1889 (Voir comptes rendus 1891).................. 1,50
La situation légale de l'Art dentaire devant la Chambre des députés (*Bulletin médical et Odontologie*, 1890).............................. 1,50
L'Ecole dentaire de Paris et son ancien directeur : Réponse au Dr Th. David. — Paris, 1890.
L'exercice de la profession de dentiste doit-il rester libre en France ? Analyse critique de certains points de la loi sur l'exercice de la médecine. 84 p. Paris, 1891.. 1,50
L'organisation de la profession de dentiste en France. Lettre à M. Monod, directeur de l'hygiène publique au ministère de l'Intérieur, 48 p., Paris, 1892. 1,50
R. Heidé. — *Un exposé comparatif du traitement des divisions de la voûte palatine.*
L'aurification par la rotation (Méthode Herbst), chez Lecrosnier et Babé.
La reconstitution des dents découronnées. Chez Lecrosnier et Babé.
E. Papot. — *De la prise de l'articulation dans les cas d'absence totale des dents* (*Revue dentaire*, 15 mars 1886).
De l'extraction des dents : ses indications et contre-indications. Chez Lecrosnier et Babé, 16 p.

Compte rendu général des travaux de la Société d'Odontologie, année 1890. — *Réponse au rapport sur la gestion financière de l'Ecole depuis sa fondation*. Châteauroux, in-4°, 6 p.

Richard-Chauvin. — *Communication sur la construction d'un appareil de prothèse bucco-faciale* (*Bulletin du Cercle des dentistes*, octobre 1879).

Communication sur l'obturation des dents par des fragments d'émail (*Odontologie*, février 1886).

Communication sur l'or mou comme matière obturatrice (*Odontologie*, juill. 1886).

Note sur les injections sous-gingivales de cocaïne et les propriétés de cet agent pour calmer les douleurs de la périostite et de la pulpite aiguës (*Odontologie*, mars 1887).

Hygiène de la bouche (*Odontologie*, décembre 1888).

Scellement des tubes pour les dents à pivot (*Odontologie*, avril 1888).

Travaux comparatifs sur la cocaïne synthétique et sur le chlorhydrate de cocaïne dans les opérations dentaires (*Congrès dentaire international*, 1889).

L. Richard-Chauvin et Ed. Papot. — *Anatomie normale des grosses molaires inférieures envisagées au point de vue de la pathologie et de la thérapeutique* (*Odontologie*, octobre 1886).

La gingivite, essai de classification, thérapeutique rationnelle, conséquences pathologiques : Communication au congrès dentaire international, chez Lecrosnier et Babé, 32 p.

VOL. 2. SEPTEMBRE 1893 N° 9

REVUE INTERNATIONALE D'ODONTOLOGIE

LE CONGRÈS DENTAIRE DE CHICAGO

Par M. Ch. Godon,
Ex-directeur adjoint de l'Ecole dentaire de Paris.

La grande réunion professionnelle internationale qui s'est tenue à Chicago du 14 au 19 août a été un véritable succès.

Nous ne saurions trop prodiguer d'éloges aux organisateurs.

On se rappelle quelles difficultés ils ont rencontrées pendant la période d'organisation, quelles hostilités ils avaient à vaincre.

Un certain nombre de dentistes, les stomatologistes d'Amérique (il y en a aussi là-bas), étaient opposés à la réunion d'un Congrès dentaire spécial indépendant d'un Congrès médical.

Le succès du Congrès de Paris en 1889 était encore un argument de plus pour les nationalistes pour s'opposer à la réunion du Congrès projeté, qui ne pouvait être que le deuxième Congrès dentaire international, ce que l'amour-propre de certains dentistes américains ne pouvait admettre.

Enfin la rivalité qui existe entre les différentes villes des Etats-Unis faisait disputer à Chicago l'honneur d'être le siège de la réunion.

L'énergie, la persévérance et l'habileté des organisateurs sont venues à bout de toutes ces résistances. Ils avaient conscience qu'ils faisaient œuvre utile. Ils se sont élevés au-dessus des petites considérations de groupe ou de nationalité et ont fini par faire partager leur conviction par tous.

Après avoir obtenu la décision favorable des grandes fédérations dentaires américaines, l'Américan Dental Association et la Southern Dental Association, ils ont réussi à intéresser à l'œuvre la majorité du monde dentaire des Etats-Unis, en nommant un grand nombre de dentistes des différents Etats dans les commissions préparatoires, utilisant ainsi avec raison les aptitudes ou la notoriété des principaux praticiens d'Amérique.

Puis, les dentistes étrangers ont été appelés à leur tour à s'occuper du Congrès par suite de la nomination de bureaux honoraires formés des principaux dentistes de chaque pays.

Il a ainsi été créé une vaste organisation internationale qu'il

serait souhaitable de voir persister après le Congrès afin de faciliter la réunion des Congrès futurs.

Nous avons déjà, à Paris, au mois de juillet dernier, créé dans ce but une Union Nationale Dentaire avec les bureaux des deux Congrès de Paris 1889 et de Chicago 1893.

Nous souhaitons que cette organisation se poursuive dans chaque pays dans les mêmes conditions.

On retrouve dans les différents détails d'organisation du Congrès de Chicago, les grandes lignes du plan du Congrès de Paris mais revu, corrigé et considérablement augmenté.

Nos confrères américains s'étaient organisés en prévision d'une très grande réunion.

Nous devons reconnaître qu'ils n'ont pas été déçus.

Jamais il n'y avait eu jusqu'à présent une aussi grande réunion professionnelle. Douze cents dentistes environ avaient répondu à l'appel du Comité d'organisation, dont mille américains et deux cents étrangers (dont les représentants de la France, de l'Angleterre, de l'Allemagne, de l'Autriche, de l'Italie, de l'Espagne, de la Suisse, du Danemark, de la Hollande, de la Russie, du Japon, etc.).

Les cotisations se sont élevées à près de 12.000 francs.

Le travail produit par cette grande réunion a-t-il été en rapport avec le nombre des congressistes ?

On ne peut dès maintenant se prononcer d'une façon complète sur leur valeur, il faut attendre la publication des comptes rendus. Pourtant quelques communications ont attiré particulièrement l'attention.

Le Comité d'organisation avait pris une mesure que nous ne saurions trop recommander aux organisateurs de Congrès futurs. Les communications réunies d'avance ont été examinées. Un choix en a été fait et les plus importantes ont été réservées pour être lues en Assemblée générale devant tous les congressistes pendant que les autres étaient renvoyées à leurs sections respectives pour y être lues et discutées.

De la sorte, il y a eu en session générale cinq ou six communications véritablement très intéressantes et qui, toutes, représentaient une grande somme de travail de la part de l'auteur et avaient une certaine valeur scientifique ou technique.

Quant aux cliniques, elles ne manquaient pas non plus d'intérêt. Les opérations y étaient nombreuses, occupant une quinzaine de fauteuils chaque matin dans les salles du Chicago Dental Collège, donnant la représentation des diverses opérations de dentisterie opératoire, aurifications, implantations Brigde Worck, extractions, anesthésie, etc., pendant que l'on

faisait dans d'autres parties du Collège des présentations d'appareils ou d'instruments, ou des expositions provenant de collections particulières ou de musées dentaires.

C'est à l'organisation des cliniques que l'on peut adresser les plus sérieuses critiques. Les salles étaient trop petites, il y régnait une véritable confusion et les fabricants d'instruments étaient un peu confondus avec les opérateurs.

Il serait préférable, à notre avis, à l'avenir, de faire pour les cliniques la même sélection que pour les communications. C'est-à-dire de n'avoir qu'un ou deux opérateurs par jour dans une salle assez grande et préparée pour permettre à un grand nombre de spectateurs de voir l'opérateur et l'opération; les cliniques seraient ainsi plus intéressantes et pourraient être suivies avec plus de fruit, ce qui n'empêcherait pas de réserver dans d'autres salles quelques autres fauteuils pour des opérations de moindre importance. Enfin il faudrait séparer davantage l'exposition des fabricants ou fournisseurs pour dentistes du Congrès proprement dit.

Nous ajouterons, puisque nous en sommes aux critiques, qu'après la lecture des communications en Assemblée générale, les discussions auxquelles elles ont donné lieu ont été trop écourtées par suite de la limite de temps fixée à l'Assemblée. Il eût été préférable de laisser plus de temps pour la discussion puisque ces communications de choix étaient les plus importantes. Enfin nous aurions souhaité voir quelques questions importantes, à l'ordre du jour de la profession, soumises longtemps d'avance à la discussion des congressistes par le comité. Enfin une commission chargée de présenter, en une dernière séance, à l'adoption des congressistes une série de vœux, conclusion naturelle de leurs travaux, nous semble nécessaire pour résumer l'œuvre d'un congrès.

Ces quelques critiques que nous faisons plutôt en vue des congrès futurs ne diminuent en rien la valeur du Congrès de Chicago qui reste la plus grande réunion professionnelle que nous ayons eue jusqu'à ce jour, tant par le nombre de ses membres que par l'importance de ses travaux.

Il servira à démontrer une fois de plus que la réunion des expositions universelles est une excellente occasion de convoquer les dentistes en un congrès international.

Les dentistes français l'avaient déjà prouvé à Paris en 1889, les dentistes américains viennent de le montrer à nouveau à Chicago en 1893.

Nous avons pensé qu'en 1900 les Français voudraient encore une fois donner l'exemple et nous avons posé les premières bases d'un nouveau Congrès à Paris à cette époque. Mais nous

souhaitons que, entre 1893 et 1900, un autre Congrès dentaire international vienne pour continuer les traditions.

Les travaux du Congrès étaient ainsi répartis : le matin, de 8 heures à 11 heures, clinique dans les salles du Chicago Dental Collège ; de midi à 2 h. 1/2, dans le Mémorial Art Palace, Hall of Washington, Assemblée générale de tous les congressistes pour la lecture de la correspondance, la réception et la présentation de délégués étrangers nouvellement arrivés (il en est venu jusqu'au dernier jour), et enfin la lecture des communications choisies avec discussion, s'il y avait lieu ;

De 2 heures 1/2 à 5 heures, lecture et discussion des communications dans les sections au nombre de 8 et qui étaient les suivantes :

1° Anatomie et histologie ;
2° Etiologie, pathologie et bactériologie ;
3° Chimie et métallurgie ;
4° Thérapeutique et matière médicale ;
5° Chirurgie buccale et dentaire ;
6° Dentisterie opératoire ;
7° Prothèse ;
8° Education, législation et littérature.

Le soir à 8 1/2, projections à la lanterne.

Le Congrès fut ouvert le lundi 14 août, à 10 heures 1/2, par une prière (!) du professeur Taft suivie d'une courte adresse de bienvenue de M. le professeur Bonney, le président des Worlds Congrès Auxilliary, à laquelle les délégués étrangers répondirent chacun leur tour, et parmi eux notre compatriote M. Barrié, le délégué de l'Association générale des dentistes de France. Puis le président du Congrès, le Dr Shepard, de Boston, prononça un discours dans lequel il retraça les parties importantes de l'histoire de la dentisterie avec quelques renseignements intéressants sur l'histoire de la découverte de l'anesthésie.

Le mardi, après la clinique, il y eut à la séance générale la réception de quelques étrangers, dont M. Takayama, le représentant du Japon, puis une communication très intéressante du Dr Zsigmondy sur le défaut congénital de l'émail.

Le mercredi, clinique ; puis, à la séance générale après la réception de divers délégués étrangers dont MM. Ronnet et Godon, de Paris, lecture d'une communication du Dr Miller, de Berlin, concernant les diverses méthodes propices pour obvier à la nécessité d'extraire les dents à pulpes dévitalisées lue par M. Hunt, de Iowa, qui donna lieu à une intéressante réplique de MM. Franck Abbot, de New-York, Cunningham, de Cambrigde et Schreier, de Vienne.

Présentations de communications et discussion dans les différentes sections.

Il y eut le soir à 8 heures 1/2 une séance. Le Dr Andrew lut un travail fort bien fait sur le développement de l'émail, et le Dr Sudduth, sur quelques forces qui tendent à modifier la forme des dents et des mâchoires.

Ces deux communications étaient agrémentées de projections à la lanterne.

Le jeudi, après la séance de clinique du matin et quelques réceptions d'étrangers à l'Assemblée générale, dont M. Daboll, de Paris, communication très intéressante de M. Whitney, d'Honolulu, sur les anciens Hawaïens avec présentation d'une collection de crânes, discussions dans les différentes sections et le soir quelques communications intéressantes avec projections à la lanterne dont il nous faut citer celle de M. Cunningham, de Cambrigde, sur le traitement immédiat des irrégularités.

Vendredi 18, après la clinique où le Dr Schreier, de Vienne, fit la démonstration de l'emploi du potassium et du sodium pour l'antisepsie immédiate des dents à pulpes putréfiées, eut lieu la séance générale où furent lues deux longues communications, l'une sur l'emploi des dents à tubes, par John Girdwood, d'Edimbourg, l'autre sur la suggestion hypnotique, par Thomas Fillebrown, de Boston ; travail dans les sections, dans la journée, puis le soir, 8 heures 1/2, un splendide banquet offert par les dentistes américains aux étrangers, qui fut plein d'entrain, terminé par de nombreux discours et de nouvelles projections à la lanterne par M. Cunningham, de Cambrigde, qui eurent un grand succès. Elles reproduisaient quelques-uns des principaux événements de l'histoire professionnelle de ces dernières années.

Le samedi 19, il y eut encore une clinique au Chicago Dental Collège, puis une dernière Assemblée générale à 11 heures avec discours de clôture du président Shepard, rapport du secrétaire général. Une médaille d'or fut offerte à notre ami Cunningham, aux applaudissements de tous les délégués, comme prix pour la meilleure communication sur l'hygiène.

C'est à cette séance que nous eûmes l'honneur de présenter au nom de cinquante des principaux dentistes étrangers un vœu tendant à ce que, dans des circonstances semblables, un nouveau Congrès international puisse être organisé, vœu qui fut adopté à l'unanimité.

La séance se termina à 1 heure par une adresse des divers délégués étrangers et un rapport du Président du Comité exécutif, et après que l'on eut photographié tous les membres pré-

sents, on se rendit à l'exposition où un splendide déjeuner était offert par le président aux Congressistes.

Il fut très gai et se termina par une séance de toasts qui durèrent jusqu'à 4 heures et dont notre ami Harlan, la cheville ouvrière du Congrès, eut à juste titre tous les honneurs.

Le soir, les dames dentistes donnaient elles aussi une réception qui a été très brillante et pleine d'attrait.

Le compte rendu des séances fait pour la *Revue Internationale* donnera une idée complète des travaux de cette grande réunion.

Comme on vient de le voir, les Congressistes consciencieux qui ont voulu suivre assidûment les travaux du Congrès ont eu fort peu de temps pour aller voir la ville de Chicago et admirer les splendeurs de l'exposition.

Cette ville extraordinaire, qui n'existe que depuis cinquante ans à peine, devenue grâce à sa prodigieuse activité le centre commercial des Etats-Unis, avait de quoi intéresser et surprendre les Européens. Ce n'est pas le lieu d'en faire ici la description. Il me suffira, pour en donner une idée à nos confrères français, de leur dire, me plaçant au simple point de vue professionnel, qu'à Chicago il y a quatre journaux, huit écoles et une douzaine de sociétés dentaires, que les dentistes y sont au nombre de plus de cinq cents, dont une vingtaine d'entre eux habitent la même maison, le fameux *Masonic Temple* aux vingt-deux étages, nos amis Harlan et Ottofy y ayant leur cabinet l'un au dixième et l'autre au douzième étage (!).

Quant à l'exposition, elle méritait quelques visites.

Placée dans une situation magnifique, sur les bords du lac Michigan, elle occupait une surface sept ou huit fois plus grande que celle de l'exposition de Paris en 1889.

Les diverses constructions, toutes très grandes, étaient d'un très bel effet, d'autant plus que la coloration uniformément blanche qui avait été adoptée donnait à tous ces bâtiments l'aspect de palais en marbre qui lui avait fait donner le nom de Withe City (la ville blanche).

L'exposition des fabricants dentaires était, pour nous, particulièrement intéressante et tout naturellement celle de S. S. White Dental C° attirait l'attention d'une façon toute spéciale. D'exposition de dentistes, il n'y en avait pas à proprement parler. Nous avons bien vu, dans la section russe, un tableau de dentiste avec quelques dentiers artificiels, mais le mieux que nous puissions faire est de n'en pas parler.

La splendide collection de notre confrère le Dr Martin, quoique bien mal placée, dans la section d'anthropologie, avait un grand succès.

Enfin, nous avons remarqué dans la section d'enseignement une exposition de deux écoles dentaires, la section dentaire de l'Université de Harward et la section dentaire de l'Université de Michigan, qui avaient exposé leurs programmes, leurs procédés d'enseignement et leurs résultats qui nous ont vivement intéressé. Nous avons regretté que tous les autres établissements similaires n'aient pas suivi cet exemple; c'eût été un moyen de comparer. Espérons que ce sera pour la prochaine exposition. Nous ne voulons pas terminer ce rapide exposé de notre visite au Congrès de Chicago sans mentionner, d'une façon spéciale, l'excellente hospitalité avec laquelle nos confrères de Chicago ont reçu leurs hôtes.

Une maison spéciale avait été louée et aménagée pour servir de lieu de réunion des Congressistes en dehors des séances du Congrès, sous le nom de World's Columbian Dental Club. Nous avons tous apprécié très fort cette innovation.

Le Club était situé sur l'avenue Michigan, lieu bien central, et servait de lieu de rendez-vous pour les Congressistes. Nous devons adresser particulièrement nos remerciements aux Drs Ottofy, de Chicago, et Bauer, de la Nouvelle-Orléans, qui tous deux nous ont si aimablement reçus, Ronnet et moi, et se sont mis si gracieusement à notre disposition, pendant notre séjour à Chicago, pour nous faciliter notre mission, ainsi que tous les autres membres du Comité dans les différentes villes que nous avons visitées[1].

PRÉSENTATION D'APPAREILS DE PROTHÈSE IMMÉDIATE

Par M. Ch. Godon,

Ex-directeur adjoint de l'École dentaire de Paris.

Communication au Congrès dentaire de Chicago.

I

Une des parties les plus intéressantes de la prothèse dentaire est sans contredit celle qui s'occupe du remplacement à l'aide d'appareils spéciaux des pertes de substance dans la bouche ou sur la face à la suite de difformités congénitales, de traumatismes ou d'opérations chirurgicales. Lorsque le chirurgien, après avoir mis à contribution toutes les ressources de son art, reste impuissant pour la réparation par les procédés chirurgicaux, il doit avoir recours à la prothèse.

Le dentiste devient alors le collaborateur du chirurgien.

1. Nous examinerons dans les numéros suivants les différentes organisations professionnelles que nous avons eu l'occasion d'étudier pendant notre court séjour en Amérique. C. G.

Il l'aide à rétablir la phonation pour les malheureux affectés de bec de lièvre ou de division congénitale du voile du palais.

Il contribue à rendre la mastication possible pour ceux dont il a fallu réséquer les maxillaires.

Il reconstitue pour nos blessés militaires les diverses fonctions dont la bouche est le siège.

Il peut même refaire une partie de la face, le nez, les lèvres, pour ceux dont les pertes de substance ont été plus étendues, améliorant ainsi les mauvaises conditions de l'existence pour tous ces malheureux opérés et contribuant à leur rendre la vie au moins supportable.

Cette partie de notre art a un intérêt captivant par les services qu'elle permet de rendre. Elle offre pourtant de grandes difficultés d'exécution et exige de ceux qui s'en occupent de la patience et de l'ingéniosité par suite de la variété des cas, des difficultés opératoires, du fonctionnement irrégulier des organes mutilés.

Aussi le nombre des praticiens qui s'en sont occupés d'une façon continue est-il assez restreint.

On trouve pourtant dans nos ouvrages spéciaux, dans nos journaux, dans les comptes rendus de nos sociétés, la description d'appareils ingénieux.

Un dentiste décédé récemment et qui eut à son époque une certaine vogue en France, A. Préterre, s'était fait une spécialité de ce genre d'appareils et avait constitué un musée qui a été très remarqué.

Un de nos confrères, M. Delalain, s'est acquis une grande réputation par les ingénieux appareils qu'il a faits pour nos blessés militaires.

M. Kingsley a publié il y a quelques années en Amérique sous le titre *Oral difformites* un livre très intéressant et encore très utile à consulter.

A l'Ecole dentaire de Paris, nos confrères Gillard et Gravollet ont eu plusieurs fois l'occasion de faire des appareils de restauration faciale et des maxillaires qui ont été présentés à la Société d'odontologie de Paris.

Il faut également rappeler le cas intéressant de cette malade de l'hôpital Saint-Louis, à laquelle le Dr Péan avait enlevé entièrement les deux maxillaires. Nos confrères M. Ronnet et M. Michaels lui avaient tous les deux fait, l'un pour l'Ecole dentaire de Paris, l'autre pour l'Ecole dentaire de France, un appareil de reconstitution qui fit l'objet d'une communication à l'Académie de médecine. Nous-même nous avons fait plusieurs appareils de ce genre, il y a quelques années, pour M. le professeur Verneuil. Il nous a adressé dans notre service à l'Ecole den-

taire de Paris un malade auquel il avait enlevé le maxillaire supérieur gauche. Nous lui fîmes à cette époque un appareil de restauration qui rétablissait la phonation et la mastication devenues très difficiles par suite de l'opération qu'il avait subie.

Mais personne depuis quinze ans ne s'est occupé d'une façon aussi spéciale, n'a consacré autant de temps et n'a obtenu d'aussi brillants résultats dans cette branche de la prothèse que notre éminent confrère M. le Dr Martin, de Lyon.

Depuis 1878, il a fait, dans les divers hôpitaux de Lyon, une telle quantité d'appareils de restaurations buccales ou faciales qu'il possède actuellement la plus belle collection qui existe dans ce genre. L'expérience qu'il y a acquise fait de lui un maître en cette matière. Tout le monde a admiré cette magnifique collection à Paris à l'exposition de 1889 dans la section de chirurgie. M. Martin l'a présentée à cette époque aux membres du 1er Congrès dentaire international de Paris. On en trouve la description dans les comptes rendus de ce Congrès.

A l'exposition de Chicago, cette année, la même collection, exposée dans la section d'anthropologie, obtient, comme le constatent les correspondants des journaux médicaux, un semblable succès.

Ce succès est très légitime, car M. le Dr Martin ne s'est pas contenté d'imiter ses devanciers, son œuvre est véritablement intéressante et originale. Il a apporté dans la construction des divers appareils qu'il présente d'importants perfectionnements. L'emploi très ingénieux du caoutchouc noir mou naturel pour ses obturateurs avec poches remplies d'eau, la construction des langues artificielles également pleines d'eau sont des innovations très heureuses et qui ont été très remarquées.

Mais c'est surtout la nouvelle méthode qu'il a créée de toutes pièces sous le nom de « prothèse immédiate » qui a obtenu parmi les praticiens le plus grand succès.

La hardiesse de cette conception, l'ingéniosité de l'application et les résultats obtenus laissent bien loin derrière elle tout ce qui s'est fait jusqu'à ce jour.

M. le Dr Martin a déjà exposé en 1889, dans un ouvrage qui a été couronné par l'Institut, toute sa méthode et montré par des observations consciencieuses les excellents résultats qu'elle a produits.

Dans une thèse nouvelle (juillet 1893) sur cette question, il en reprend l'étude au point de vue limité du maxillaire inférieur. Il montre ainsi, quatre ans après, la persistance des premiers résultats déjà obtenus en 1889.

Nous avons, comme tous nos confrères, admiré en 1889 les résultats obtenus par M. le Dr Martin tant dans son ouvrage sur

la *Prothèse immédiate* que dans son musée à l'exposition, nous promettant, sitôt que l'occasion se présenterait, de l'expérimenter à notre tour.

Cette occasion s'est présentée récemment pour un malade de notre clientèle et pour un autre malade des hôpitaux de Paris pour lequel on a bien voulu nous faire l'honneur de réclamer notre concours.

Les résultats que nous avons obtenus ont paru confirmer la plupart des assertions de M. Martin, malgré les quelques défauts résultant de notre courte expérience en la matière.

Nous avons pensé que cette question intéresserait les membres du Congrès dentaire de Chicago au moins autant qu'une question particulière portant sur des points spéciaux de dentisterie opératoire sur lesquels actuellement les connaissances s'égalisent et où, il faut bien l'avouer, il n'y a pour le moment, aussi bien en Amérique qu'en Europe, que peu de choses nouvelles à apprendre. M. le Dr Martin ayant bien voulu nous communiquer ses plus récents résultats, nous confier sa collection et nous faire quelques appareils spéciaux en vue de notre communication, nous nous sommes décidé à en faire l'objet d'une présentation spéciale pour nos confrères réunis à Chicago, heureux si cette nouvelle observation peut contribuer à amener une discussion intéressante parmi nos confrères sur une méthode que je crois très utile et en répandre l'emploi.

II

Comme vous le savez, messieurs, la « prothèse immédiate » est une opération qui consiste à placer un appareil de prothèse immédiatement après l'ablation des maxillaires ou parties de maxillaire que le chirurgien est obligé d'enlever.

Cet appareil, presque toujours temporaire, a pour but de prévenir la rétraction cicatricielle, et par suite de rétablir pour l'opéré l'usage de fonctions compromises par l'opération ; de lui conserver après l'opération l'aspect extérieur de la face et de faciliter pour l'avenir l'application d'appareils définitifs.

Les quelques observations présentées par M. Martin dans son premier ouvrage montrent que cette application se fait sans grande difficulté, qu'elle ne prolonge pas considérablement le temps de l'opération, enfin, ce qui a paru surprenant, que l'appareil est fort bien supporté et ne retarde en rien la guérison si toutes les précautions recommandées sont bien suivies. Bien au contraire, l'immobilisation des fragments hâte la guérison.

Quelques tentatives isolées ont été faites à différentes époques dans cette voie, mais il ne s'agissait dans tous les cas que de

simples plaques ou fils métalliques destinés à maintenir en place des fragments osseux après les opérations.

Dans aucun cas on ne trouve, comme le dit très bien M. Martin, l'application d'appareils semblables à ceux qu'il préconise.

Dans la thèse qu'il vient de publier, M. Martin a reproduit huit de ses principales observations relatives à des observations sur le maxillaire inférieur. Ces observations sont intéressantes parce qu'elles datent de 1878, 1880, 1885, 1886, 1888 et que, sauf dans un cas, M. Martin a suivi tous ses malades et les a revus peu de temps avant la publication de son dernier travail.

Dans quelques-unes de ces observations on voit que la mastication à pu être rétablie de suite, évitant ainsi l'emploi de la sonde œsophagienne; que, pour le maxillaire inférieur, l'appareil a pu servir à attacher la langue, comme dans notre observation, ce qui empêche toute crainte de rétroversion de cet organe.

La perte de la salive, si fréquente chez les opérés par suite de l'affaissement de la lèvre inférieure, est évitée.

La phonation se fait également dans de meilleures conditions.

Voici pour les résultats fonctionnels. Qaunt aux résultats au point de vue de l'esthétique, il est inutile de les énumérer. Tous ceux qui ont vu après leur guérison les malheureux opérés par les procédés ordinairement employés comprendront la différence d'aspect qu'il y a entre celui dont la rétraction cicatricielle a amené l'affaissement de tous les tissus mous qui ne sont plus soutenus par la charpente osseuse et celui dont les mêmes tissus ont été maintenus en place par une charpente artificielle.

Les déformations dans ce dernier cas sont légères, quelquefois nulles. Tous ces résultats, nous les avons appréciés dans l'observation qui nous est personnelle et que l'on trouvera plus loin.

Quelques objection sont été faites à cette méthode, notamment par M. le Dr Bœnnecken (Berlin, 1892). Elles se résument ainsi:

L'appareil constitue un corps étranger difficilement supportable dans une plaie;

Il n'est pas certainement aseptique ;

Il rend difficile l'écoulement des sécrétions, retient dans la bouche des produits divers, rend impossible la désinfection de la bouche, ce qui constitue une faute contre l'antisepsie, surtout dans les tumeurs malignes où il est nécessaire de surveiller la plaie. Enfin ces appareils sont compliqués et difficiles à construire.

Nous avons pu nous rendre compte par nous-même dans le cas dont nous sommes occupé, et la lecture des diverses observations de la thèse de M. Martin le prouve également, que toutes ces objections, quelques légitimes qu'elles paraissent théoriquement et à première vue, sont sans valeur sérieuse dans la pratique.

L'appareil est parfaitement supporté dans la plaie sans retarder la guérison.

L'asepsie d'un appareil en caoutchouc vulcanisé avec vis métalliques peut être assurée.

La désinfection de la bouche est obtenue aisément à l'aide des canaux que M. Martin recommande de faire dans l'appareil.

Quant à la construction de l'appareil, elle n'est guère plus compliquée que celle des divers appareils de prothèse que fait généralement le dentiste, pour quelqu'un déjà familiarisé avec ce genre de travail.

Nous rappellerons sommairement les indications données à ce sujet par M. Martin et que nous avons suivies dans le cas qui nous a occupé.

Prendre l'empreinte de la bouche avant l'opération, les mesures et la hauteur du maxillaire ; — choisir un os maxillaire de volume aussi semblable que possible à celui du malade ; — en faire un moule en plâtre en creux ; — y couler de la cire après y avoir placé quelques tubes en zinc pour produire les canaux destinés à faire les lavages.

On obtient ainsi un maxillaire en cire de volume à peu près semblable à celui qui doit être enlevé. On y ajoute les bandes métalliques devant être fixées à l'aide de vis sur les parties d'os restantes.

L'appareil est mis en moufle, bourré et vulcanisé d'après les procédés ordinairement employés pour la fabrication des appareils de prothèse dentaire, avec cette différence pourtant que le bourrage avec du *caoutchouc noir naturel* doit être fait en partie avec des morceaux de caoutchouc vulcanisé d'avance afin d'éviter la porosité, et que la vulcanisation doit se faire en quatre ou cinq heures, à cent quarante-cinq degrés centigrades seulement.

L'appareil vulcanisé se répare et se termine d'après les procédés ordinaires.

Il est prêt pour être appliqué, sauf pourtant qu'il devra être diminué sur place d'après le volume de la partie de maxillaire extraite.

Voici, résumée d'une façon très succincte, la description de la méthode, ses avantages au point de vue fonctionnel ou de l'esthétique, ses procédés d'application et les reproches qui lui ont été adressés.

On verra dans l'observation qui nous est personnelle et qui porte sur une opération relativement grave et étendue, que tout s'est passé à peu près dans les conditions que nous venons de rappeler.

Nous publions à la suite un tableau résumé des dernières observations parues dans la thèse que M. Martin vient de publier et qui confirment également les avantages de la nouvelle méthode.

OBSERVATION PERSONNELLE

M. B..., 38 ans, se présentait, le 25 juin 1893, à la Maison de santé municipale Dubois, dans le service du Dr Prengrueber, chirurgien des hôpitaux.

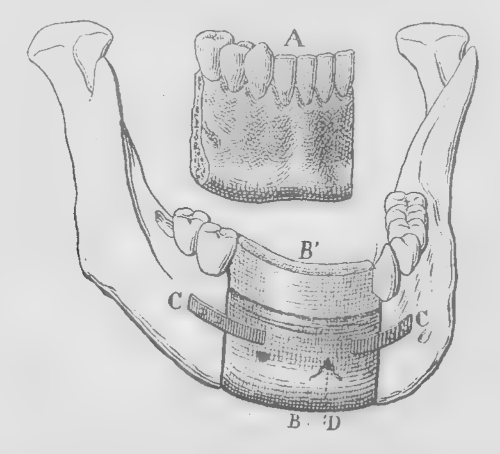
Il était atteint d'un cancer de tout le plancher de la bouche ayant envahi la partie moyenne du maxillaire inférieur et la partie inférieure et profonde de la langue dans le tiers de son étendue environ.

Ce malade me fut envoyé par le chirurgien avant l'opération, dans le but de préparer l'appareil en caoutchouc destiné à remplacer immédiatement après l'opération, suivant la méthode du Dr Martin, de Lyon, la portion d'os qui devait être enlevée.

Non sans quelque difficulté par suite du gonflement de la langue, je pris l'empreinte de la mâchoire inférieure puis de la mâchoire supérieure, l'empreinte du menton et la mesure de la hauteur de la mâchoire inférieure.

Le lendemain, l'opération eut lieu, le Dr Prengrueber fit l'ablation de la branche transversale à partir de la canine droite jusqu'à la 2e petite molaire gauche, tout le plancher de la bouche, une bonne moitié de la langue et des tissus de la région sus-hyoïdienne.

Nous lui posâmes immédiatement l'appareil que nous avions préparé suivant la méthode indiquée si clairement par M. le Dr Martin dans son livre sur *La prothèse immédiate appliquée à la résection des maxillaires*, et que nous avons rappelée plus haut.



Cet appareil fut ajusté séance tenante, mais ayant éprouvé quelques difficultés pour la pose des vis, nous nous contentâmes de ligaturer l'appareil aux deux branches restantes du maxillaire inférieur.

Ce qui restait de la langue fut fixé à l'appareil par une autre ligature.

Le malade supporta très bien l'opération.

Au bout de six mois, il sortit de l'hôpital, se considérant comme guéri et l'étant en réalité, sauf la question de récidive.

L'appareil avait été très bien toléré. Pourtant, vers les derniers jours, le malade éprouvant quelque gêne, l'appareil fut retiré, diminué et replacé.

La face a conservé, malgré l'opération, l'aspect qu'elle avait habituellement et les deux branches du maxillaire inférieur ont été maintenues à leur écartement normal, ce qui facilite l'application de l'appareil définitif.

TABLEAU RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS

EXTRAITES

DE LA THÈSE DE M. LE Dr MARTIN, DE LYON, SUR LES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE LA PROTHÈSE IMMÉDIATE DANS LES RÉSECTIONS DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR (Lyon, 1893).

I 1878. Décembre, 3. Hôpital Hôtel-Dieu. Service Dr Letiévant. Homme G. Joseph, domestique, 21 ans.	Nécrose du maxillaire inférieur très étendue ayant débuté par grosse molaire inférieure droite ; fluxion, abcès, cachexie avancée. Opéré le 14 décembre 1878. Après opération, il restait côté droit : condyle et apophyse coronoïde. Côté gauche : condyle seulement.	Posé appareil inférieur en deux avec appareil supérieur à ressorts. Fig. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.	Erysipèle du 19 décembre au 31 décembre. Reposé appareil, réduit 4 fois. Présenté à Société scientifique en 1888. Revu en 1889. Revu en juillet 1893. L'articulation est parfaite ; le malade peut mastiquer, garde sa salive, déglutit normalement ; sa parole ne s'est pas modifiée. La sensibilité est conservée partout. Il n'y a pas de déviation des lèvres, pas de rétrécissement transversal supérieur.
II 1880. Octobre, 6. Hôpital Charité. Service Dr Fochier. Enfant D. Jean, 10 ans.	Tumeur du corps du maxillaire inférieur au niveau de la 1re molaire gauche. Résection le 25 octobre d'une partie du maxillaire.	Pose de l'appareil. Fig. 9, 10.	Retiré vis et plaques externes le 25 nov. 1880. Pas de déformation en février 1881. Evolution de la canine, août 1881. Appareil changé plusieurs fois jusqu'en 1886. Revu en 1888. L'articulation de la mâchoire se fait bien. Le malade ne perd pas sa salive. Il mastique la croûte du pain, la viande. Dépression préauriculaire, ganglion, juillet 1893.
III 1885. Novembre. Hôpital Salle Saint-Louis. Service de M. le professeur Poncet. Homme A.	Tumeur du plancher de la bouche ayant rongé le frein, adhérente à arcade dentaire depuis 8 mois. 2 ablations, 2 récidives, cachexie avancée. Tout enlevé le fer à cheval jusqu'aux dents de sagesse.	Posé appareil. Fig. 11, 12, 13.	Au 53e jour, l'appareil fut remplacé par appareil en U, fig. 12. 2 mois après, posé appareil fig. 13. La face n'a pas été déformée, la parole est assez correcte. Revu 18 mois après, en bonne santé. Mort le 21 mai 1892 de pneumonie.
IV 1886. Mai. 24. Hôpital Charité. Service Dr Vincent. Enfant D. Louis, 8 ans et demi.	Tumeur six mois avant au niveau de branche horizontale droite du maxillaire inférieur ; ablation de 2 molaires ; épulis de consistance ferme avec adhérence au maxillaire, ganglion engorgé. Résection de branche horizontale droite du maxillaire inférieur, de la canine à l'angle de la mâchoire.	Posé appareil. Fig. 14, 15, 16.	Laissé l'appareil à demeure 18 mois. Aucune complication. Mangeait quelques jours après. Ne perdait pas sa salive, parlait correctement. Persistance d'une petite fistule 18 mois après. L'appareil enlevé. Impossibilité de le remettre 30 heures après. Le malade n'éprouve aucune gêne pour la mastication, la déglutition est normale, il perd un peu sa salive la nuit.
1886, octobre, 20. *Hôpital Hôtel-Dieu.* *Salle Saint-Pierre.* *Femme G. Marie. 21 ans.*	*Tumeur du maxillaire inférieur.* *Depuis juin 1886.* *Face interne de la partie gauche du maxillaire inférieur puis avant-dernière molaire.* *Résection de partie de maxillaire envahie de la 1re bicuspide droite à la 2e molaire gauche, 28 octobre 1886.*	*Posé appareil.* *Fig. 17, 18, 19, 20.*	*Enlevé l'appareil et remplacé le 18 mai.* *Extrait la dent de sagesse en juin 1887.* *Modifié l'appareil le 25 octobre 1887.* *Par suite déplacement des fragments, fig. 19.* *Revu en juin et octobre 1888.* *N'a pas porté régulièrement l'appareil.* *Revu en juin 1893, fig. 20.* *Aucune asymétrie quand on regarde la malade de face.* *Mastication et déglution normales.* *Déformation préauriculaire.*
VI 1888. Septembre, 13. Hôpital Charité. Service de M. le prof. Levrat. Femme J. M., 11 ans.	Tumeur du maxillaire inférieur opérée en octobre. Résection jusqu'à la 1re molaire inférieure de chaque côté.	Posé appareil. Fig. 21, 22, 23.	Remplacé la partie alvéolaire de l'appareil par partie avec dents. Lèvre inférieure retombait au-dessous de l'appareil. La malade perdait sa salive. Bande en caoutchouc en fronde. Revue en janvier 1889, remplacement de l'appareil primitif. Revue en avril 1890. Nouvel appareil. Revue en juin 1893, pages 73, 74, 75, 76. Ne laisse rien à désirer au point de vue de l'esthétique ou fonctionnel.
VII 1878. Mars, 2. Hôpital Salle Paul. Service Dr Letiévant. Femme J. J., 19 ans.	Tumeur a débuté à 12 ans par sinus, 2 ans après coup reçu. Limitée pendant 5 ans au maxillaire supérieur, a gagné depuis deux ans le maxillaire inférieur. Sa mère a eu une tumeur il y a 15 mois et va bien. Opérée le 23 mars 1878. Réséqué le maxillaire inférieur et le 25 mars le maxillaire supérieur.	Pas de prothèse immédiate par suite des syncopes ; rétraction cicatricielle, 2 mois après. Voir fig. 24, redressé, fig. 25. Posé appareil. Voir fig. 26, 27, 28, 29, 30.	Affaissement de la mâchoire en 1886. Pose d'un autre appareil, fig. 27. Maxillaire supérieur, fig. 28, 29. Maxillaire inférieur, fig. 30. Dépression préauriculaire, pas de récidive après 15 ans. Saillie du menton un peu effacée mais bon résultats au point de vue de l'esthétique et fonctionnel malgré les difficultés du début.
VIII 1890. Février. Hôpital. Service de M. le prof. Poncet. Homme J. L., 50 ans.	Tumeur du maxillaire supérieur. 2e récidive d'épithélioma. Tumeur primitive 3 ans avant, opérée 2 ans avant récidive, il y a 10 mois. Lèvre inférieure envahie et partie médiane du maxillaire inférieur. Opérée en mars 1890. Résection des lèvres et partie médiane de l'os en U.	Pose de l'appareil. Attaché pointe de la langue ; autoplastie de la lèvre.	Malade quitte l'hôpital 15 mois après ; pas de récidive. Tolérance de l'appareil. Rentre 21 mai 1891. Revu février 1893, p. 88. Chute de la lèvre inférieure. L'articulation paraît normale ; légère déformation du menton peu appréciable par suite du port de la barbe. Peut manger de la croûte. Perd sa salive par suite de défaut de contractilité de la lèvre. Sensibilité à peu près intacte.

M. le Dr Martin fait suivre la publication de ses observations des conclusions suivantes :

« 1° Les résultats éloignés de la prothèse immédiate dans les résections du maxillaire inférieur sont bien supérieurs encore à ceux que l'on observe au début de l'intervention ;

» 2° La mastication, la phonation vont en s'améliorant à mesure que l'on s'éloigne du moment où la première pièce a été posée ;

» 3° Chez les enfants, si l'on veut obtenir des résultats satisfaisants, il faut souvent modifier ou changer leur appareil, ce qui est en rapport avec la croissance du maxillaire et avec l'évolution de la deuxième dentition ;

» 4° Quand l'ablation d'un néoplasme du maxillaire inférieur est complète, on peut appliquer sans crainte une prothèse immédiate et jamais celle-ci ne favorisera la récidive si les limites du mal ont été dépassées ;

» 5° Le caoutchouc vulcanisé est la substance qui réunit toutes les qualités nécessaires pour la prothèse en question. Il n'irrite pas les tissus, il est facile à désinfecter, il n'est pas trop lourd, ce qui permet d'employer des pièces volumineuses. »

Notre expérience personnelle est trop courte pour nous donner une autorité suffisante pour appuyer la méthode de notre confrère de Lyon.

Nous avons voulu seulement faire connaître le résultat que nous avons obtenu en l'employant et contribuer ainsi à sa vulgarisation.

Il nous semble pourtant démontré, en nous appuyant seulement sur la lecture des observations que nous avons reproduites, que :

La prothèse immédiate est une opération utile pour les malades, lorsque le chirurgien est amené à réséquer, en totalité ou en partie, les maxillaires supérieurs ou inférieurs, qu'elle est sans danger et, par suite, qu'on ne saurait trop en recommander l'emploi.

DÉMONSTRATION D'AURIFICATION A L'OR NON COHÉSIF

Par M. Ronnet,

Ex-professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

(*Clinique du Congrès dentaire de Chicago.*)

Lors de notre adhésion au Congrès, nous nous étions engagé à faire quelques démonstrations de diverses opérations.

Comme mon co-délégué et ami M. Godon l'explique plus haut,

les défectuosités dans l'organisation des cliniques, le petit nombre de malades qu'on se disputait, le peu d'instruments mis à notre disposition et la gêne résultant de l'entourage immédiat des confrères rendit très difficile notre tâche.

Malgré ces difficultés matérielles, nous avons pourtant fait une démonstration d'aurification avec l'or non cohésif en employant le procédé de mon ami et collègue R. Chauvin.

La dent à aurifier était une petite molaire supérieure dont toute la face antérieure et une partie de la face triturante n'existaient plus.

Cette reconstitution fut faite à l'aide de cylindres d'or placés dans trois directions différentes.

Un malade âgé de 26 ans avait été mis à notre disposition.

La dent à obturer étant située à la mâchoire supérieure face médiane, elle avait été déjà obturée avec de l'amalgame, il y avait environ 2 ans. Cette obturation, en partie désagrégée à son bord inférieur, était de nouveau envahie par la carie qui se prolongeait jusqu'à la face triturante, tout en laissant les tubercules externes en parfait état.

Malgré la grandeur relative de la carie, elle ne pénétrait pas jusqu'à la pulpe, ce qui nous compliquait un peu la préparation, vu le peu de hauteur laissé par le placement des cylindres.

Une autre complication beaucoup plus regrettable est celle du manque absolu de tours ou instruments quelconques pour préparer et faire une démonstration. Il nous fallut donc préparer tant bien que mal la cavité, en profitant de l'obligeance d'un électricien qui avait un tour servant pour la démonstration électrique.

Il nous fut même impossible de brunir l'aurification, le tour étant tout à coup arrêté par une autre démonstration dans une autre partie de la salle.

Nous employâmes pour cette opération trois feuilles d'or n° 4.

M. le Dr Bauer, auquel nous devons tant d'obligeance, a bien voulu assister à une partie de l'opération ; il nous avait prié aussi de faire une démonstration d'extraction à l'aide de la langue de carpe, mais, malgré tous ses efforts, il ne put trouver un cas où notre intervention fût nécessaire.

Nous avions aussi à faire une démonstration à l'aide de la cocaïne préparée par M. Vigier ainsi qu'une obturation au ciment Simon, mais le manque de malades ne nous permit pas de faire les opérations.

La période de vacances dans laquelle s'était trouvé le Congrès et l'affluence des congressistes a sans aucun doute été la cause de la pénurie de malades, ce que nous regrettons, mais, nous devons le dire, il serait injuste d'en rendre responsables les organisateurs du Congrès auxquels nous ne saurions trop adresser tous nos compliments pour l'excellent accueil qu'ils nous ont fait et les efforts qu'ils ont tentés pour nous donner entière satisfaction.

WORLD'S COLUMBIAN DENTAL CONGRESS

Compte rendu sommaire rédigé pour la *Revue Internationale d'odontologie*[1].

SÉANCES DE COMMUNICATIONS ORALES

SUJETS DE DISCUSSIONS ADOPTÉS PAR LE CONGRÈS

Les questions suivantes seront discutées devant les sections ou le Congrès entier, en dehors de l'ordre du jour :

1. Quel serait le programme le mieux approprié pour enseigner ses devoirs au dentiste ?

2. Quelles sont les relations entre l'art dentaire et la médecine ?

3. Jusqu'à quel point les travaux manuels (techniques) feront-ils une partie obligatoire du programme ?

4. Une périostite peut-elle se produire sur des racines qui ont été parfaitement stérilisées et obturées ; si oui, en quelles circonstances ?

5. Existe-t-il des moyens certains de diagnostiquer l'ossification de la pulpe ?

6. Comment l'érosion des dents est-elle un indice de troubles généraux ?

7. Quels sont les facteurs étiologiques dans la production de : *a*) le prognathisme du maxillaire inférieur ; *b*) la rétraction du maxillaire inférieur ? Quand cette forme anormale est corrigée (en déplaçant l'articulation) y a-t-il une compensation du côté de l'articulation temporo-maxillaire ?

8. Quelles sont les améliorations qui devraient être apportées à la terminologie du groupe des maladies connues sous les noms de pyorrhée alvéolaire, mal de Riggs, périostite calcique, maladies des alvéoles, afin de pouvoir exprimer plus clairement leurs conditions ?

9. Sur quelles bases repose la croyance en l'existence du soi-disant réticulum de l'émail ?

10. Quelles sont les substances, parmi celles qu'on rencontre le plus souvent dans la bouche, qui exercent la plus grande action dissolvante sur la substance des dents et sur les obturations de ciment ?

11. Jusqu'à quel point la première dentition entravée est-elle un facteur étiologique dans les maladies incidentes, surtout dans les désordres pulmonaires, digestifs et intestinaux ?

12. Jusqu'à quel point y a-t-il incompatibilité des matières obturatrices avec les tissus dentaires et comment sont-elles cause de dissolution des tissus dentaires sur leurs bords ?

13. Quels sont les cas de périostite aiguë qui nécessitent l'intervention chirurgicale, y compris l'extraction ?

---

1. Dans ce compte rendu nous avons fait un choix des communications de valeur ; nous les donnons avec le texte presque complet ; les discussions sont résumées ; les communications mentionnées par leur titre n'ont qu'un intérêt de second ordre.

14. Quels sont les néoplasmes qui, comme gravité et degré d'avancement, nécessitent l'excision du maxillaire inféaieur en entier ou en partie, quand ils se rapportent à cet os ?

15. Le sublimé est-il un agent de stérilisation approprié pour la dentine infecté dans les dents sans pulpe? Peut-on l'employer avec succès dans ces cas sans nuire à la coloration des tissus de la dent, par suite de la formation du mercure sulfuré réagissant sur le contenu putréfié des canicules ?

ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

SÉANCE D'INAUGURATION

M. Taft, vice-président du Congrès, appelle les bénédictions du ciel sur les délibérations du Congrès.

Le Président Bonney fait une adresse de bienvenue. Il montre la valeur de la profession dentaire pour l'humanité.

Le Dr Walker, président du Comité exécutif, expose le rôle préparatoire du Comité et comment il est arrivé à organiser cette grande réunion. Il introduit les membres du bureau.

M. Crawford, en remplacement de l'honorable M. John Temple Graves, lit un discours de bienvenue aux représentants étrangers.

Le Président du Congrès, M. Sheppard, fait également un discours dans lequel il rend hommage à la mémoire de Horace Wells qui, le premier, employa l'éther en chirurgie dentaire, et il dit :

« Pour reconnaître sa valeur et prouver leur reconnaisance, sa » ville et son Etat lui ont élevé un monument de bronze. »

Ce beau monument, désigné sous le nom de *Ether Monument*, fut élevé dans un jardin public à Boston, en 1867, par la générosité d'un citoyen privé. Voici les inscriptions qui le décorent :

« En reconnaissance, pour le soulagement de la douleur humaine par les inhalations d'éther, un citoyen de Boston a élevé ce monument. — A. D. 1867 ».

« Pour rendre immémorable la découverte qu'on fit que le sinhalations d'éther rendaient insensible à la douleur expérimentée pour la première fois à l'Hôpital général de Massachusets, à Boston, en 1846 ».

Après le discours du président, les représentants des pays étrangers sont introduits par le président du comité exécutif.

Le président du Congrès leur souhaite la bienvenue, et les discours ont lieu dans l'ordre suivant :

M. Georges Cunningham, de Cambridge, pour l'Angleterre.

M. John Grevers, d'Amsterdam, pour la Hollande.

M. Erich Richter, de Berlin, pour l'Allemagne.

M. Otto Zsigmondy, de Vienne, pour l'Autriche.

M. Barrié, de Paris, présente l'adresse adoptée chez M. le Dr Lecaudey et que nous avons publiée dans notre numéro de juillet (page 325). Cette adresse est signée par vingt dentistes français.

Il ajoute : « Au nom de l'École dentaire de Paris et de l'Association générale des dentistes de France, nous saluons cette grande nation américaine. Nous apportons nos meilleurs souhaits pour le succès du Congrès, persuadés d'avance de ce fait par la célébrité dont jouissent les membres de notre profession de l'autre côté de l'Atlantique. » Viennent ensuite :

M. R. H. Portuondo, de Madrid.
M. Antonio Mela, de Gênes.
M. Caracatsanis, d'Athènes.
M. Paul Adelheim, de Moscou, Russie.
M. J. S. Burett, d'Uruguay, Amérique du Sud.
M. Eben M. Flagg, vice-consul des Etats-Unis au Paraguay.
M. Alfred Burne, de Sidney, Australie.
M. Louis Roussy, de Genève, Suisse.
M. Evans, de Paris, France.
M. J. M. Whitney, de Honolulu, îles Sandwich.
M. R. H. Kimball, de Shanghaï, Chine.

DEUXIÈME JOUR

LES DÉFECTUOSITÉS CONGÉNITALES DE L'ÉMAIL

M. Otto Zsigmondy. Le développement anormal de l'émail connu sous le nom d'érosion est très fréquent. Dans les dents où il s'est produit, la couche d'émail est inégale. Dans les degrés avancés de cette affection, l'on trouve des dépressions superficielles plus ou moins profondes, sur des points isolés et dans un émail d'aspect normal.

Quand les dépressions se réunissent, il se forme des sillons qui parfois entourent la couronne comme un anneau. Dans d'autres cas l'émail à l'air d'être criblé de petits trous (ce que les Anglais appellent dent en gâteau de miel). Dans d'autres cas encore l'émail paraît manquer dans certains endroits, et la dentine même apparaît à la surface. Les auteurs français appellent cela érosion en nappe ; si le mal atteint le bord libre des dents antérieures, il a une étendue variable.

La couche d'émail qui tapisse ces dépressions présente une surface rugueuse et inégale, d'une couleur plus ou moins jaune ou brune, et n'a pas le poli ni la transparence normales, tandis que l'émail voisin a tous les traits caractéristiques du tissu parfait. Dans les dents où la dentine est exposée ou seulement recouverte d'une mince couche de tissu adamantin, la partie normale de la dent affecte la forme d'une enflure annulaire, ce qui a fait dire à certains auteurs qu'il y avait épaississement de l'émail sur ces points.

Comme on le voit facilement dans des sections de ces dents, un accroissement véritable dans l'épaisseur normale de la couche d'émail ne se présente jamais.

Tandis qu'on voit à la surface des coupes la couche d'émail interrompue dans les dépressions et les sillons, les bords de la dentine paraissent inaltérés à l'œil nu et on trouve des différentes épaisseurs dans la couche d'émail. Les endroits absolument dépourvus d'émail

sont rares ; ils se carient fatalement, parce que la dentine de ces dents est d'un tissu défectueux.

Un des traits caractéristiques de cette affection est la symétrie ; la dent antagoniste du maxillaire opposé et des deux côtés est atteinte également. La défectuosité se produit sur les dents dont le développement correspond à la même période. Le siège de l'affection ainsi que sa distance de la surface latérale de la couronne varient selon les dents. Parfois, si l'arrêt du développement survient de très bonne heure, il n'y a que les quatre premières molaires, celles se calcifiant les premières, qui montrent des signes d'anomalie. La défectuosité est alors au sommet des cuspides, ce qui les fait paraître comme usées. Si l'interruption survient à une époque plus tardive, quand la formation de l'émail des cuspides est plus avancé, le défaut est alors visible dans la direction de la racine. Dans ce cas, en plus des premières molaires, les incisives qui se calcifient après ont aussi l'émail défectueux.

Si les troubles se répètent successivement, on voit dans les séries qui étaient alors en cours de calcification une série de dépressions ou de sillons correspondants. Si le sillon se trouve à la première molaire près du bord libre, une défectuosité analogue existera sur la couronne de l'incisive centrale. A la canine, le défaut sera plus près de la pointe tandis que la deuxième molaire et les dents qui se calcifieront plus tard ne seront pas atteintes. On devrait remarquer que l'incisive latérale du maxillaire supérieur diffère de la dent antagoniste du maxillaire inférieur, tandis que sa calcification suit celle de l'incisive centrale du maxillaire inférieur et précède celle de la canine.

La calcification des dents du maxillaire supérieur se fait dans l'ordre suivant :

1° Les incisives centrales ;
2° Les cuspides ;
3° Les incisives latérales.

Cette circonstance digne d'attention, mais jusqu'à présent insuffisamment étudiée, nous montre pourquoi nous trouvons l'incisive latérale arrivée presque à son état normal de développement, tandis que les défauts sont apparents dans l'émail des autres dents de ce maxillaire. Je ne veux pas pousser plus loin l'explication de ces phénomènes ; les données nécessaires paraîtront bientôt dans une communication de M. G. Cunningham.

La *première molaire* est rarement le siège de défauts typiques, la seconde molaire encore plus rarement, et aucun exemple n'a jamais été observé dans les deux *dernières molaires*. Certains auteurs maintiennent que les dents de lait n'ont jamais de défauts typiques. C'est cependant une erreur ; on observe de temps en temps des dents temporaires qui ressemblent aux cuspides et aux molaires permanentes par les défauts de l'émail, et dont la structure interne montre aussi des solutions de continuité.

L'étiologie de ces difformités a donné lieu à de vives discussions.

Comme l'anomalie se borne rarement à une seule dent, ce qui serait le cas si la cause était purement locale, et comme elle atteint dans la plupart des cas la série entière, nous sommes obligés de rechercher la cause dans les maladies générales dont les effets sur les autres tissus ont disparu, tandis qu'ils ont persisté sur les dents.

Le rachitisme, la scrofule, la syphilis, l'exanthème, les convulsions, la méningite, les graves attaques d'étouffement, comme dans la coqueluche des jeunes enfants, ont été les causes alléguées des désordres dans le développement anormal des follicules dentaires. Dans la littérature traitant de ce sujet, il est un point curieux, c'est que l'examen microscopique des dents atteintes a été jusqu'à présent entièrement négligé, et pourtant il devrait former la base de l'étude des causes de cette difformité. Un point d'importance capitale est à noter : les troubles de développement se constatent également dans la dentine. Cette dernière n'est pas calcifiée régulièrement dans toutes les parties. Dans des coupes de dentine, on voit des lignes bien marquées : « espaces interglobulaires » ; ces lignes font partie des régions où la calcification est incomplète.

Les quelques données sur la structure des dents à émail défectueux qui existent dans la littérature dentaire sont présentées par MM. C. Weld dans *La pathologie des dents* ; R. Baume (*Les défectuosités des substances solides des dents*, Leipzig, 1882), A. Walkhoff (*Contribution à la théorie des lignes du contour et la physiologie de la dentine*, *Deutsche Monatsschrift für Zahneilkunde*, 1885, p. 576) et à M. Ch. S. Tomes (*Traité de chirurgie dentaire*, troisième édition, 1887).

Nous devons à M. Franck Abbott (*Défectuosités congénitales de l'émail*, *Dental Cosmos*, 1891, p. 605) des données plus étendues sur la structure incomplète de l'émail [1].

On voit, pénétrant dans l'émail à des hauteurs variées, de nombreuses prolongations des canalicules de la dentine en forme de poire, quelques-unes s'étendant presque jusqu'à la surface. Ces espaces contiennent du protoplasma et sont colorés en violet foncé par le chlorure d'or. Sur plusieurs points on voit des couches d'émail à pigment granuleux, où l'émail n'a pas été parfaitement calcifié.

Dans un cas, Abbott a observé une croissance anormale d'émail. Dans un autre cas un émail normal était superposé à un émail défectueux.

La question : l'émail s'est-il formé par coïncidence avec les espaces interglobulaires de la dentine? n'a pas de réponse dans la littérature traitant ce sujet. Des recherches ont néanmoins démontré qu'une analogie entre les lignes de la dentine et le tissu de l'émail existe réellement.

Sur une section longitudinale d'une dent affectée d'une simple dé-

1. Quoique l'auteur semble connaître les travaux français sur la matière, puisqu'il en parle au début de l'article, il est regrettable qu'il n'ait pas mentionné dans son énumération bibliographique les travaux de Parrot, de Fournier et de Magitot. (Note du traducteur.)

fectuosité de l'émail, un sillon entourant la couronne montre que la couche d'émail se montre sur ce point graduellement et progressivement plus mince dans la direction de l'apex jusqu'à ce qu'elle atteigne le point le plus profond de la dépression ; là l'émail se réduit à une couche insignifiante, variant selon les cas différents. La ligne d'arrêt externe de la dentine s'approche graduellement de la surface, d'où elle s'éloigne brusquement en dehors. Si la section est assez mince, nous observons une ligne délicate mais bien tracée, interrompue de place en place, qui traverse l'étendue entière de l'émail jusqu'à la surface de la dentine. Cette ligne fait un angle de quinze à trente degrés avec la surface de l'ivoire. Sa direction est ainsi entièrement analogue aux bandes parallèles brunes de Retzuis, qui se trouvent souvent en nombre considérable dans l'émail. Dans les sections transversales on voit la ligne allant parallèlement à la surface de la dentine et entourant la couronne entière de la dent. La position de cette ligne est donc telle, qu'on doit l'envisager comme la section d'une surface séparant la couche d'émail primitif de celle déposée postérieurement. On peut presque supposer qu'elle marque la limite de la calcification de cette partie de l'émail existant au début des troubles.

Si on examine la section d'une dent à développement normal, on trouve que la couche d'émail atteint sa plus grande épaisseur au bord libre.

Les prismes d'émail correspondant aux premières couches sont déjà très développés en longueur, tandis que les prismes de la partie supérieure le sont moins, et à la partie encore plus distante de l'apex à la couronne, nous avons observé des calcifications prenant seulement naissance dans les prismes. Les cellules, dans la région de transition entre l'épithélium interne et externe de l'émail, n'ont pas encore à ce moment-là de l'émail. Si les troubles de nutrition se produisent à cette époque, les cellules d'émail qui ont produit les prismes déjà en état de calcification avancée sont détruites, donc la continuation du développement des prismes devient impossible. Les prismes le plus près de la couronne n'étant pas aussi développés, continuent néanmoins à grandir après que les troubles ont cessé et peuvent en beaucoup de cas atteindre leur grandeur normale. Les prismes, dans la région du collet de la dent où la calcification n'a pas encore commencé lors de la pleine activité perturbatrice, ne souffrent pas d'interruption dans le développement.

La ligne d'interruption décrite plus haut se rencontre toujours dans toutes les formes d'émail érodé. Quand la surface de la couronne montre deux sillons ou davantage, on voit dans la section longitudinale que la couche d'émail est séparable en un nombre correspondant de couches s'étendant depuis les sillons jusqu'à la surface de la dentine. Dans les cas où il n'y a qu'une petite dépression, la ligne d'interruption consiste en une section longitudinale.

Je n'abandonnerai pas ce sujet sans quelques remarques sur la nomenclature employée pour décrire les défectuosités.

Les termes qui sont appropriés à beaucoup de cas, tels que l'émail

onduleux, dents en gâteau de miel, dents sillonnées, et des termes analogues ne conviennent pas à tous les cas. Les appellations distinctives, comme « dents syphilitiques ou rachitiques », doivent être repoussées, car il est douteux que ces maladies soient les conséquences réelles de l'affection ; si elles en sont la cause, c'est seulement dans un petit nombre de cas. Le terme « atrophie » est également incorrect, l'expression « érosion » l'est tout autant.

Erosion signifie perte de substance par une force mécanique. Le mot érosion s'applique à proprement parler aux entailles qui se rencontrent sur le collet des dents et qui proviennent de l'emploi de poudres dentifrices usantes. Je me permettrai de proposer le mot suivant: hypoplastie de l'émail.

J'espère que ce terme trouvera bientôt sa place dans la littérature se rapportant à ce sujet.

M. J.-J.-R. Patrick. L'auteur de la communication a-t-il observé la forme en croissant des défectuosités des dents temporaires, les soi-disant dents syphilitiques de Hutchinson? Je ne l'ai jamais observée et je demande si d'autres l'ont observée, car j'ai nié que cette défectuosité de l'émail, la forme de croissant, soit produite par la syphilis héréditaire, parce qu'elle ne se rencontre pas dans la série temporaire.

M. Zsigmondy. J'ai observé les mêmes défauts dans les dents temporaires que dans les dents permanentes. J'ai fait voir deux cuspidées temporaires ayant les mêmes défauts que les dents permanentes.

M. Patrick. Avez-vous jamais observé la forme en croissant, la soi-disant dent de Hutchinson ?

M. Zsigmondy. Oui.

M. G.-V. Block. L'auteur a-t-il remarqué l'atrophie du lobe médian des incisives centrales, produisant l'aspect en forme de croissant décrite par Hutchinson comme signe caractéristique de la syphilis ?

M. Zsigmondy. Non, je ne l'ai pas vu dans les incisives centrales temporaires; ces dents sont si sujettes à se carier ; mais vous trouverez en examinant les cuspides que je vous montre les mêmes effets que dans les dents permanentes. J'ai fait des coupes microscopiques et je trouve la même ligne d'interruption que dans les dents permanentes. Et pourtant il n'y avait pas de syphilis dans ce cas.

M. Patrick. Quel âge avait le patient lors de l'extraction de ces dents ?

M. Zsigmondy. Dix ans.

M. Patrick. Les défauts congénitaux de l'émail des dents temporaires ou permanentes remontent à la formation de l'émail, et si une maladie héréditaire est la cause de la défectuosité, elle affecte nécessairement en premier lieu les dents temporaires ; c'est ce que je désire démontrer. Toutes les maladies éruptives pendant la gestation affectent l'émail des dents temporaires si la maladie survient pendant la formation de la couche adamantine. Peut-il en

être autrement? J'ai déjà publié trois cas très remarquables.

M. Davis. J'ai un cas dans ma clientèle en ce moment ; un enfant a l'entaille de Hutchinson bien marquée, l'enfant a vingt mois.

M. Cunningham. Quant à la présence des défectuosités de l'émail dans les dents temporaires comme dans les dents permanentes, il n'y a aucun doute, mais nous ne connaissons pas les causes ; en examinant les coupes au microcospe, on voit la ligne d'interruption. L'effet doit provenir de la même cause parce que la défectuosité est beaucoup plus grande.

Ceux qui sont familiers avec le développement du chapeau de dentine savent que la calcification ne suit pas une ligne droite et régulière, mais va en zigzags, ce qui explique les défectuosités.

Section II.

ÉTIOLOGIE, PATHOLOGIE ET BACTÉRIOLOGIE

CROISSANCES ADÉNOIDES ET AUTRES MALADIES INCIDENTES A LA PREMIÈRE DENTITION

Mme Annie Felton Reynolds. L'époque de la dentition est une période de grande activité fonctionnelle, car en outre de l'éruption des dents, l'appareil folliculaire des intestins subit un développement actif, afin de préparer le système à un changement radical de régime. En conséquence, des troubles gastro-intestinaux et des symptômes nerveux sont fréquents. La présence dans l'estomac et dans les intestins de nourriture non digérée ou indigeste est une cause fréquente de convulsions. L'excès de nourriture solide devient une cause d'excitation, surtout pendant les temps chauds. Des éruptions cutanées sont très communes à cette période et peuvent apparaître simultanément avec la sortie d'une dent.

Ce qui est d'un intérêt spécial pour les dentistes est l'apparition des croissances anormales dans la cavite naso-pharyngienne. Les expériences cliniques journalières ont démontré que l'influence de l'obstruction nasale cause non seulement des conditions morbides de tout l'appareil respiratoire et auditif, mais aussi des changements pathologiques dans des organes très éloignés. Cette affection est un des ennemis formidables de l'enfance, et il est d'une grande importance de l'étudier pour la détruire radicalement. Il est remarquable qu'une affection accompagnée de symptômes aussi frappants ait manqué d'observation et de traitement jusqu'à la génération actuelle. Les excroissances adénoïdes ont la forme de crêtes qui adhèrent à la paroi nasale du pharynx et varient de la grosseur d'une amande à celle d'un grain de blé ; elles peuvent être sessiles et uniformément rondes, elles sont d'une couleur rougeâtre, de consistance charnue et très vasculaire. Une fois enlevées, elles perdent leur couleur et paraissent dures et semblables à des graines. La membrane muqueuse semble être libre à la base de chaque masse et de son pédicule. Généralement elles pendent de la voûte parallèlement à la

fosse de la trompe d'Eustache ; l'excroissance peut siéger postérieurement à la fosse ou sur les parties qui sont parallèles aux parois postérieures du pharynx. Ces excroissances semblent prendre naissance en général sur la membrane muqueuse. Au commencement de l'adolescence on voit seulement de grosses excroissances à large base, lesquelles, en ne gênant pas la respiration, peuvent exciter et maintenir la membrane muqueuse nasale et pharyngienne dans un état catarrhal chronique.

Il y a une relation définie entre ces conditions et la voûte palatine en forme de V; cela devrait être approfondi. Le palais très creux, qui existe toujours dans les cas typiques de cette affection, est un des résultats mécaniques de la gêne dans la respiration nasale. La respiration par la bouche est inévitable, une pression constante d'air à l'intérieur de la cavité buccale pousse le palais lentement mais sûrement. Une simple courbe un peu prononcée chez un très jeune sujet peut devenir une difformité accentuée du maxillaire et donner lieu à une grande irrégularité des dents; les incisives centrales en souffrent le plus, ayant parfois subi un mouvement de rotation tel qu'elles se trouvent presque à angle droit avec le maxillaire. On a extrait des dents saines à beaucoup d'enfants, et ils ont porté pendant des mois un ingénieux appareil mécanique pour corriger une denture irrégulière ou trop serrée, pendant que la pression atmosphérique annulait sans cesse les efforts du dentiste. Tandis que si on enlevait préalablement les excroissances, le travail du dentiste serait simplifié, puisqu'en établissant la respiration nasale on détruirait la pression anormale de l'air et les dents se replaceraient plus facilement. L'âge le plus favorable pour l'ablation de ces excroissances est de quelques semaines à seize ans, mais, pour le patient, il vaut mieux le plus tôt possible; l'opération n'est pas difficile, et si elle est adroitement faite, il n'en résulte aucun danger pour l'enfant. Ces excroissances ne reviennent pas, et après leur extirpation la respiration devient de suite calme et régulière, la bouche reste fermée, les poumons se dilatent par l'augmentation du volume d'air, et tout l'organisme se ressent rapidement de cette amélioration. L'enfant, qu'on avait jusqu'alors trouvé inintelligent et stupide, fait maintenant de rapides progrès et cesse d'être la risée de ses camarades. En qualité de dentiste, nous avons eu souvent l'occasion de diagnostiquer cette affection qui, si simple par elle-même, devient terrible dans ses conséquences. Par la négligence à faire enlever ces excroissances, il y a risque d'un préjudice permanent à des fonctions importantes, qui peuvent plus tard rendre pénible la vie aux petits êtres qui en sont affectés.

M. Talbot, de Chicago. Je n'ai pas entendu la première partie de la communication. J'ai fait une étude spéciale des excroissances adénoïdes et des maladies du nez, etc., en relation avec le développement du palais et de l'arcade dentaire, et je suis en contradiction avec l'auteur de la communication sur les causes des voûtes palatines très profondes et les résultats de la respiration par la bouche. Mes recherches m'ont prouvé qu'un nez déformé, un sep-

tum dévié, arrêtent le développement de la membrane muqueuse, des os de la face et des maxillaires; tout cela tient aux mêmes causes. Cela veut dire qu'un enfant né de parents névrosés est un névrosé ou un dégénéré, et à peu près 50 0/0 des gens de Chicago peuvent être classés dans l'une ou l'autre classification. Un enfant naît de névrosés; quel est le résultat ? Il y a un arrêt de développement, non pas du nez, de la bouche ou des maxillaires, mais de tous les tissus. La présence de croissances adénoïdes dans le nez n'est pas la cause du palais profond et de l'arcade dentaire contractée, elles ont toutes deux une cause analogue. Ainsi une personne qui a des excroissances adénoïdes a le palais très profond, comme nous le comprenons, et une personne qui a le palais très profond a des excroissances adénoïdes, des mâchoires contractées, un arrêt de développement de la face, et comme résultat supérieur, une arcade dentaire déformée.

PULPITE CHRONIQUE IDIOPATHIQUE.

M. Macarovici, de Jassy, Roumanie.

Sous ce titre, l'auteur traite de la dégénérescence calcique de la pulpe.

M. Grevers d'Amsterdam, le combat en signalant les lacunes de ce travail.

CHIMIE ET MÉTALLURGIE

L'ÉTUDE DE LA CHIMIE EN ART DENTAIRE

M. Rockwood, d'Iowa City, Iowa.

M. Rochwood montre l'importance de la chimie en science odontologique.

Section IV.

THÉRAPEUTIQUE ET MATIÈRE MÉDICALE

MÉTHODE POUR DÉTERMINER L'ANESTHÉSIE LOCALE PAR LA COCAÏNE

M. Caracatsanis, d'Athènes. Au Congrès dentaire de Paris, il s'est produit des discussions animées à ce sujet.

Voici la manière dont j'opère. Je badigeonne la gencive de la dent voisine de celle à enlever avec un tampon d'ouate trempé dans une solution d'acide phénique à 2 millièmes que j'ai fait chauffer. Je fais ensuite une application de sels de cocaïne avec ma boule de coton qui en est imprégnée. Aussitôt que la gencive paraît anesthésiée, je commence à la séparer lentement de la dent au moyen d'un bistouri. J'introduis dans l'espace ainsi préparé des tampons d'ouate imprégnés de cocaïne. Comme l'anesthésie avance, j'élargis l'ouverture à une profondeur d'à peu près un centimètre, sur les deux surfaces linguale et buccale. Je prie le patient de ne pas avaler sa salive pour éviter toute absorption de cocaïne. Je prends bien garde d'oublier les tampons d'ouate placés entre la dent et la gencive.

Après m'être assuré par une forte pression avec un instrument

d'acier que l'anesthésie est complète, je fais injecter les gencives par un aide avec la mixture suivante :

Chloroforme	25 gr.
Ether sulfurique	40 —
Menthol	3 —
Cocaïne	1 —
Essence de menthe	1 —

Pendant ce temps je fais l'extraction. L'anesthésie qui en résulte est complète absolument ; les seuls cas où j'ai échoué sont ceux où il existe de l'inflammation ou de la périostite.

Pour vous convaincre, je suis prêt à renouveler l'expérience de ma méthode devant le Congrès.

M. Robert. — Les dentistes étrangers ont fait des expériences avec une nouvelle préparation appelée tropacocaïne. Ce produit est très coûteux : 2 francs le grain. La tropacocaïne dans une solution d'environ 2 pour 100 combinée avec un antiseptique ; elle donne de meilleurs résultats que la cocaïne en solution à 4 pour 100 sans causer les troubles que produit parfois la cocaïne. Quelques journaux étrangers[1] ont cité des expériences faites par divers membres des facultés étrangères et mes expériences concordaient avec les leurs. La tropacocaïne est de beaucoup supérieure à la cocaïne pour les injections hypodermiques, produisant une anesthésie plus longue et plus profonde sans symptômes toxiques.

Si par hasard on l'employait à de très fortes doses, en solution de 4, 5 et 6 0/0, il se produirait un effet toxique qui n'existe pas dans les solutions de 2 0/0.

INJECTIONS DE COCAINE POUR PRODUIRE L'ANESTHÉSIE

M. Anthony Bleichsteiner, de Gratz, Autriche.

Sous ce titre j'ai présenté en 1889 à Paris, au « Congrès dentaire International », le résultat de mes expériences sur les injections de cocaïne pour les extractions sans douleur. A ce moment j'avais fait plus de trois mille injections avec des solutions de chlorhydrate de cocaïne à 5 0/0. Aujourd'hui je parlerai du résultat de mes expériences après plus de quatorze mille injections.

Je vais vous décrire :

1° La préparation que j'emploie ;

2° La composition de la solution ;

3° Quelles quantités de chlorhydrate de cocaïne j'ai employées et pour combien d'injections ;

4° Ma seringue ;

5° La façon dont je fais l'injection ;

6° Mon opinion sur les intoxications à la suite d'injections de cocaïne.

En décembre 1886, je fis mes premiers essais avec le chlorhydrate de cocaïne (Merck). Je commençai avec des solutions à 20 0/0. Après plusieurs essais, je diminuai à la dose de 10 0/0. En 1887,

1. Voir Hugenschmidt, *Revue Internationale d'odontologie*, 1893, p. 51.

j'employais 5 0/0 et depuis mars 1892 je n'emploie plus que 3 0/0.

En premier lieu je renouvelais la solution immédiatement avant chaque injection, mais quand j'arrivai à faire toutes les extractions à la cocaïne, je préparai des solutions fluides par quantités de 10 grammes, et j'employai pour la stérilisation des solutions de sublimé corrosif. Je pris 10 grammes d'une solution de sublimé à 1 0/0, et j'y fis dissoudre 5 décigrammes de chlorhydrate de cocaïne. Maintenant je ne fais plus dissoudre que 3 décigrammes de chlorhydrate de cocaïne dans 10 grammes de la même solution. J'obtiens ainsi une solution à 3 0/0. Une goutte de cette solution contient 3 milligrammes de chlorhydrate de cocaïne.

Avec la solution employée depuis l'année 1887, j'ai employé 600 grammes de chlorhydrate de cocaïne de Merck exclusivement pour des injections, et selon mes calculs j'ai fait quatorze mille injections avec cet agent.

J'ai employé 450 grammes pour des solutions de 5 0/0 jusqu'à la fin de mars 1892. Depuis cette époque jusqu'à ce jour, j'ai employé 150 grammes pour des solutions de 3 0/0, ce qui fait 5.000 grammes d'injection fluide de 3 0/0.

J'ai donc employé 14.000 grammes de solutions de cocaïne (environ 14 litres) avec lesquelles, par un calcul exact de l'année 1887 à maintenant, j'ai fait seize mille injections.

J'ai employé la seringue Pravaz pour les injections pendant très peu de temps. La seringue que j'emploie actuellement consiste en un cylindre en verre encastré dans du caoutchouc dur; la canule est en forme d'S et de telle manière que la prolongation de l'extrémité de la canule forme avec la prolongation de l'axe du cylindre de verre un angle aigu de 20 à 35 degrés.

La baguette du piston de la seringue est divisée en dix parties, de sorte que chaque coup décharge 1 décigramme de solution ou une goutte. Les aiguilles sont de longueurs différentes, de 10 à 20 millimètres respectivement, afin de pouvoir les adapter plus aisément aux différentes dimensions des maxillaires supérieur ou inférieur. Leurs pointes sont aussi courtes que possible, à peu près 2 millimètres, de sorte que la piqûre peut être très courte, ce qui est très avantageux. Sur le manche de la seringue il y a deux saillies, une pour l'index et l'autre pour le médius.

Je parlerai maintenant de ma méthode rapide de préparer la solution de 10 grammes d'injection fluide. J'ai des fioles à large engoulure qui peuvent contenir exactement 10 grammes de solution fluide. On remplit la fiole avec la solution sublimée déjà mentionnée, 1 pour 500.

J'ajoute alors 3 décigrammes de chlorhydrate de cocaïne, qu'on pèse dans des feuilles de papier. On agite la solution et elle est prête à employer en quelques secondes. On remplit la seringue en la plongeant sans l'aiguille dans la solution et en tirant le piston.

Je fais l'injection seulement dans les gencives avoisinant la dent à enlever, et je m'efforce toujours de maintenir l'aiguille à injection parallèle à la courbe du maxillaire. Cela est très important, car si

on dirige trop la pointe contre le côté épithélial, la couche supérieure de l'épithélium se soulève sous la pression du piston et forme une ampoule transparente. Ces injections sont sans valeur.

Mais si l'on enfonce trop l'aiguille du côté du maxillaire, on risque de frapper l'alvéole, et on ne peut rien faire jaillir de la seringue. Le piston ne peut remuer, et en essayant de vaincre l'obstacle il m'est arrivé de casser ou le piston ou le cylindre de verre. Il faut donc tenir la seringue comme un porte-plume et la faire pénétrer entre le périoste et l'alvéole. A cet endroit, le fluide injecté est pressé par la tension du périoste dans les tissus osseux de la paroi alvéolaire et de là dans le périoste. L'injection est bonne quand les gencives pâlissent de plus en plus et qu'il se forme une ampoule transparente circonscrite, qui ressemble beaucoup à une grenouillette.

Quatre piqûres horizontales et quatre piqûres verticales d'une goutte chacune sont généralement suffisantes. Je fais l'injection à deux ou trois millimètres des gencives, en piquant vers le bord labial. Si l'injection réussit bien après la première piqûre horizontale, la pâleur de la gencive étant une indication certaine, la piqûre suivante qu'on fait à l'endroit pâli n'est pas ressentie par le patient.

Pour cette seconde piqûre on dirige encore l'aiguille dans la direction du bord labial des gencives. Et lorsqu'une autre injection a été faite avec succès, la surface entière de la gencive pâlit et est anesthésiée.

De la même manière on pique le bord lingual de la paroi alvéolaire, d'abord horizontalement dans la direction du bord médian-lingual des gencives, et ensuite le plus près possible de l'endroit blanchi à la suite de la première injection. Les piqûres et leurs effets doivent être continuellement surveillés par un petit miroir à bouche ; on doit surveiller soigneusement la pâleur des gencives. Si, en injectant, une partie du liquide est repoussée sur l'aiguille, il faut cesser immédiatement ; une nouvelle piqûre et une nouvelle injection doivent être faites un peu plus loin et dans une direction différente de la première.

Pour éviter la déglutition de la solution de cocaïne qui a pu couler en arrière et l'anesthésie ainsi que la parésie de la luette qui en résulteraient et occasionneraient des nausées, on fait rincer la bouche du patient après chaque piqûre.

Si par les piqûres horizontales les gencives pâlissent tout autour, je fais alors des piqûres verticales, longitudinales, parallèles à la racine ou aux racines des dents. J'en fais généralement quatre successivement, d'abord les piqûres média-labiale, labia-distale, ensuite lingua-médiale et lingua-distale. Pour les piqûres linguales-verticales, le miroir à bouche est indispensable.

Il faut à chaque piqûre parallèle en longueur à la dent demander au patient s'il sent la piqûre ; on ne continue que s'il répond affirmativement. Si le patient à ressenti les quatre piqûres verticales, il faut alors faire quelque piqûres d'essai dans le voisinage immédiat des espaces entre les endroits où les piqûres ont été faites pour s'assurer que tout le pourtour de l'alvéole de la dent à enlever est in-

sensible. Si je prévois une extraction difficile, je fais l'injection aussi sur le septum des gencives entre les dents voisines par des piqûres verticales. J'ai donc distribué mon liquide injecteur tout autour de l'alvéole. La longueur des piqûres horizontales ne doit pas dépasser cinq millimètres, tandis que les piqûres verticales devraient être très profondes, jusqu'à dix millimètres. Plusieurs auteurs préconisent d'attendre de cinq à dix minutes après l'injection pour extraire la dent, je trouve cela superflu, je fais l'extraction immédiatement après l'injection, et j'en conclus que j'ai eu comparativement très peu d'accidents et tous sans aucune gravité.

L'intoxication après des injections de cocaïne ne se produit, d'après mes expériences, que si on a injecté une demi ou une seringue entière d'une solution de 10 à 20 0/0. Dans ce cas, si la solution est de 20 0/0 on a injecté 1 ou 2 décigrammes de chlorhydrate de cocaïne, et pour une solution de 10 0/0, 5 centigrammes ou 1 décigramme de cocaïne. Il y a des doses qui sont exagérées en toute circonstance. Je n'ai observé de cas d'intoxication qu'au début de mes injections de cocaïne et quand j'employais de fortes doses. Voici les symptômes que j'ai observés : pupilles dilatées, sécheresse de la gorge et de la muqueuse, tendance aux vomissements, étourdissements, tintements d'oreilles, un pouls faible qui s'accélérait facilement et s'arrêtait, sueur froide de la face et sur le front et même sur tout le corps, la figure très anémiée, etc. Dans les cas très alarmants, interruption des fonctions sensorielles, léthargie, diminution des forces physiques et abattement.

Depuis que j'emploie des solutions à 3 0/0, les accidents décrits répondent davantage à ceux des actions réflexes. J'ai rarement injecté 50 milligrammes, c'est-à-dire tout le contenu de la seringue, et il a pu arriver que l'injection soit insuffisante et que chez les sujets nerveux la douleur de l'extraction amène des troubles nerveux.

La douleur chez les personnes nerveuses peut amener des symptômes réflexes, on l'a souvent prouvé. Je me souviens d'un cas où on enleva trois dents saines et solides en une seule séance à une dame âgée très nerveuse. Après avoir injecté deux seringues et demi d'une solution à 5 0/0, 125 milligrammes de chlorhydrate de cocaïne, il n'existait pas le moindre symptôme alarmant.

Deux jours après, je voulus enlever une racine très mobile d'une incisive centrale à cette même dame, et j'injectai seulement deux gouttes de solution à 5 0/0, c'est-à-dire 2 milligrammes. Après l'extraction elle retomba dans le fauteuil en pâlissant, et il survint des convulsions des muscles de la face, des bras, des jambes et du tronc. La couleur de la face variait de la pâleur à la rougeur, les spasmes d'abord cloniques se changèrent en spasmes toniques, les muscles abaisseurs de la mâchoire inférieure furent surtout violemment atteints. Après ces nouveaux spasmes il se produisit une sueur froide, les fonctions sensorielles disparurent pendant quelque temps, le pouls faiblit et pouvait être aisément comprimé, la respiration était courte mais fréquente. On mit la patiente dans une position horizontale,

on appliqua des cataplasmes froids sur le front tant que durèrent les spasmes cloniques, on desserra ses vêtements, on lui fit avaler du cognac, de la glace, enfin au bout d'une heure elle put s'asseoir. Ses premières paroles furent :

« Combien vous m'avez fait de mal, docteur, je ne puis supporter aucune douleur physique, une simple piqûre d'aiguille m'occasionne des attaques spasmodiques. »

En considérant que deux jours avant on lui avait injecté avec succès 125 milligrammes de chlorhydrate de cocaïne et que aujourd'hui 10 milligrammes de cocaïne produisaient un effet aussi désastreux, j'en conclus que les symptômes spasmodiques ne provenaient pas des doses de chlorhydrate de cocaïne, d'autant plus que cette dame m'informa qu'elle était sujette à des crises hystériques. Avant que l'on connût le protoxyde d'azote ou la cocaïne, j'ai vu de nombreux cas de syncope, attaques hystériques, et de nombreux accidents nerveux réflexes. Depuis que j'emploie des solutions de cocaïne à 3 pour 100, j'ai rarement vu d'accidents réflexes et pas d'intoxication réelle.

Avec les patients timides et nerveux, il faut veiller à ce que la première piqûre ne les excite pas, ce qu'on peut éviter en frictionnant les gencives avec de la cocaïne avant de faire l'injection et la faire doucement quoique aussi promptement que possible. On pousse d'abord un peu l'aiguille et quand une première goutte a pénétré on injecte une plus grande quantité. Avec les nerveux, le dentiste doit calmer leur excitation, gagner leur confiance par son calme et tout ira bien. Avec la solution à 3 pour 100, il ne peut y avoir que des troubles nerveux réflexes, lesquels, malgré leur apparence alarmante, n'ont rien de dangereux.

M. Roberts. — Il y a un ou deux ans, quand les annonces d'anesthésiques locaux inondaient le pays, je réunis tout ce que je pus pour les analyses, et je trouvai qu'ils étaient tous composés de 3 pour 100 et quelquefois 5 pour 100 de cocaïne mêlée à d'autres ingrédients. La majorité des compositions étaient rendues antiseptiques par l'acide phénique. Dans mes expériences cliniques je trouvai qu'il entrait beaucoup trop d'acide phénique dans la plupart d'entre eux, et à moins que la gencive ne fût bien incisée et qu'on ait fait saigner ensuite, il survenait au bout de quelque temps des escharres ou une nécrose du bord alvéolaire.

J'ai fait analyser dernièrement une ou deux compositions qui m'avaient été envoyées et j'ai trouvé une petite quantité de tropacocaïne (4 pour 200). On reconnaît donc la supériorité de cet analgésique. Je trouve qu'avec 2 pour 100 de cocaïne on obtient le même résultat qu'avec quatre. En faisant des injections aux gencives, on devrait faire les piqûres de façon à chasser le sang de l'extrémité du vaisseau capillaire, pour le chasser en avant. Si vous commencez en sens inverse, votre cocaïne s'accule dans les vaisseaux capillaires et vous n'obtenez pas la blancheur des gencives. Si vous commencez en ligne parallèle du haut de la gencive et dirigez l'injection vers les centres sanguins, votre tissu blanchira

parfaitement et l'anesthésie complète est immédiate. Je crois qu'avec des solutions de 2 à 1 pour 100 on n'a aucun danger à redouter.

M. Pruyn, de Chicago. — J'ai fait une quantité d'expériences avec la cocaïne. Quand je commençai à m'en servir, je faisais une application locale dans la cavité de la dent, espérant obtenir de bons résultats, ayant su par un praticien étranger que cela avait des effets merveilleux sur la conjonctive. Le résultat était nul, je commençai donc mes expériences avec les injections hypodermiques de cocaïne.

Tous les hivers je fais une série d'expériences aux classes médicales et dentaires de notre collège. Généralement je prends douze chiens et j'en choisis deux d'à peu près la même taille, de même état général, de même espèce, en un mot se ressemblant le plus possible. Je prends un de ces chiens et je lui fais une injection de cocaïne assez forte pour le tuer; les effets toxiques ordinaires s'en suivent. L'autre chien est fortifié par une dose de morphine et quoiqu'il ait eu la même dose de cocaïne en injection il a la vie sauve. Le chien qui n'a pas eu de morphine comme antidote a une agonie terrible. La cocaïne paralyse les centres respiratoires, la respiration manque, l'animal se débat pour pouvoir respirer et passe par les symptômes tétaniques avec paroxysmes d'exacerbation. Pendant quelques instants il lutte pour reprendre haleine, il y a un moment d'arrêt suivi d'exacerbation jusqu'à ce que la mort arrive dans un spasme tétanique.

Un cas intéressant : il y a un an, j'emmenai mon fils âgé de dix ans chez un rhinologiste. Ce praticien, un des plus adroits de Chicago, employait la cocaïne avec témérité sur les tissus de la fosse nasale. Les médecins ne l'emploient pas comme nous ; ils lavent le nez avec une solution de cocaïne à 10 pour 100 ; quand l'anesthésie est suffisante, ils opèrent avec le cautère électrique.

J'allai avec l'enfant vers dix heures du matin, on fit l'application de cocaïne, et il s'affaissa immédiatement. Nous eûmes recours à la respiration artificielle et quelques minutes après les accidents cessèrent. On cessa l'opération, mais huit jours après je le conduisis de nouveau et, ayant entendu dire que le café était employé parfois comme antidote, je fis prendre une tasse de café très fort à l'enfant qui, n'en ayant pas l'habitude, en ressentit les effets stimulants très violemment. On fit une nouvelle application de cocaïne plus forte que la première et l'enfant subit l'opération sans le moindre symptôme toxique.

On opéra seulement un côté du nez et la semaine suivante, pour la troisième fois, nous retournâmes chez le médecin ; cette fois je ne lui fis pas prendre de café. Après l'opération il n'y avait rien de suspect, mais en nous en allant il se heurta à quelque chose et les troubles respiratoires parurent. Je le couchai par terre en rentrant et j'employai la respiration artificielle, pendant à peu près une heure, car les paroxysmes d'exacerbation duraient toujours. Dans le cas présent, le café avait agi comme antidote et c'est à lui qu'on a dû le succès de la seconde application de cocaïne.

M. Freeman, de Chicago. — J'ai employé la cocaïne pour des dents abcédées et les résultats n'ont pas été satisfaisants, à moins de franchir la ligne d'inflammation; le résultat était bon alors.

M. Parker. — Les seuls bons résultats que j'aie eus de la cocaïne sur les dents abcédées se sont produits quand j'ai légèrement humecté la dent de cocaïne, et ensuite fait l'injection comme l'indique la communication. Si vous commencez sur un point, forcez la cocaïne et suivez la ligne en introduisant l'aiguille au point déjà anesthésié, vous pouvez ainsi éviter la douleur; mais si vous introduisez l'aiguille dans des tissus très enflammés vous ferez plus de mal au patient par la première piqûre que par l'extraction de la dent.

M. Cravens, d'Indianopolis.— L'anesthésie locale en art dentaire s'emploie à d'autres choses qu'à l'extraction des dents. J'ai employé la cocaïne pour ruginer des racines, ou opérer les poches de pus dans la pyorrhée alvéolaire. Je crois que ces opérations sans anesthésie sont plus douloureuses et plus longues qu'une extraction.

Ma méthode consiste à faire une solution saturée de chlorhydrate de cocaïne dans du chloroforme, pour former une solution de 6 pour 100. Avant d'opérer la pyorrhée alvéolaire, j'applique la cocaïne indirectement, non en injection hypodermique, mais en introduisant une petite seringue dans la poche; j'injecte une goutte le plus près possible, forçant de façon à atteindre la partie la plus reculée de la poche.

L'eau chaude est nécessaire pour ma méthode ; si je ne mets pas d'eau avant la cocaïne, je n'obtiens pas l'insensibilité voulue à la racine de la dent.

Je lave les alvéoles avec de l'eau chaude avant de faire l'application de cocaïne, de l'eau aussi chaude que possible sans brûler. J'emploie la seringue ordinaire qui contient, je crois, 15 grammes, et je la vide trois et même quatre fois dans l'alvéole avant d'employer la cocaïne et j'injecte une seule goutte. J'évite de la faire déborder la poche et de la répandre dans la bouche.

Après la première application de cocaïne, je protège de la salive pendant deux ou trois minutes, ensuite je relave et je fais une nouvelle application de cocaïne. Je fais trois applications successives, quelquefois quatre. Dans la plupart des cas après la troisième application et toujours après la quatrième, je puis pénétrer jusqu'au fond de la racine, à l'apex, si la poche s'étend jusque-là; et je puis gratter la racine au point que dans certains cas j'avais un remords de tant faire souffrir mon patient, qui du reste m'affirmait qu'il ne sentait rien.

M. Hewitt. — Je puis confirmer les paroles de M. Cravens quant aux applications de cocaïne dans la pyorrhée alvéolaire, ainsi que celles de M. Pruyn. Depuis cinq ans j'emploie constamment la cocaïne, mais jamais en injections et ne le ferai jamais, car je sais que si un demi-grain de cocaïne pénètre dans la circulation et va au cœur, à moins d'être combattu par un stimulant comme le café, la morphine ou encore mieux l'atropine accompagnée de strophantus, la mort est presque certaine.

Elle est dangereuse en injections hypodermiques, à moins que l'injection puisse être localisée ou les effets contrecarrés par un stimulant.

Personne ne doute des effets de l'anesthésie locale par la cocaïne. Je l'ai employée fréquemment pour des opérations aux yeux et sans douleur; je l'ai employée également pour des opérations dans la bouche, mais jamais en injections hypodermiques.

Un des forts dissolvants de la cocaïne est l'éther. Quelques corps gras contiennent dans une solution une grande quantité de cocaïne pulvérisée, mais ils sont promptement absorbés par les tissus.

J'emploie la cocaïne pulvérisée pour le traitement de la pyorrhée alvéolaire, mais pas en injections. Je transporte la cocaïne dans les alvéoles sur un instrument, là je retourne l'instrument dans la gencive avec beaucoup de succès. J'emploie la solution de cocaïne en pluie. J'ai publié tout dernièrement cette méthode dans le *Dental Record*.

Pour appliquer la digue, on devrait atténuer la sensibilité de la gencive en mettant un peu de cocaïne avant de la poser, ou en en frottant les gencives; ce moyen serait également bon pour employer l'écarteur de Perry, une des choses les plus cruelles qui aient été inventées.

M. Parker.— Dans les premières formules pour l'emploi de la cocaïne, on croyait que de petites doses d'atropine agissaient comme un stimulant du cœur et contrecarraient les effets de la cocaïne, et je connais par ma propre expérience nombre de formules à faible base d'atropine et ainsi composées : on employait l'acide phénique pour produire la coagulation de l'albumine et empêcher l'absorption ainsi que la fermentation du mélange, le chloral pour produire l'anesthésie locale et l'atropine pour agir comme stimulant du cœur. Maintenant, d'après mes expériences qui sont très étendues, j'ai trouvé le mélange avec l'acide phénique absolument inutile et il n'y a pas besoin de stimulant pour le cœur; on administre un peu d'esprit d'ammoniaque aromatique s'il y a des signes de paroxysmes musculaires, ce qui dissipe les symptômes, ou de l'alcool, ce qui rétablit l'équilibre.

M. Hewitt. — On peut enlever le nerf sans douleur avec un peu d'attention et de temps. Je l'ai fait fréquemment avec une pâte de glycérine et cocaïne. J'emploie la glycérine de préférence à l'acide phénique. On prend cette pâte, on l'applique sur le nerf découvert si on peut l'atteindre, on descend presque à l'apex et le nerf part sans la moindre douleur.

ATTÉNUATION DE LA SENSIBILITÉ DE LA DENTINE

M. Davis, de Lincoln.

M. Davis passe en revue les différents agents employés dans ce but. Sa communication ne soulève pas de discussion.

Section V. — CHIRURGIE DENTAIRE ET ORALE

LE TOUR DENTAIRE ET SON EMPLOI EN CHIRURGIE

M. Cryer, de Philadelphie.

M. Cryer montre les services que le tour dentaire pourrait rendre

aux chirurgiens et les modifications à y apporter pour en faire un instrument chirurgical usuel.

M. Capou, représentant le Canada, remercie du bon accueil qu'on lui a fait.

MÉTHODES DIVERSES POUR OBVIER A LA NÉCESSITÉ D'ENLEVER LES PULPES DÉVITALISÉES

M. Miller, de Berlin. — La pratique en vogue maintenant parmi les bons praticiens d'enlever complètement la pulpe et de remplir les canaux jusqu'à la racine est généralement très facile pour les incisives et les cuspides, et donne des résultats si sûrs qu'il est probable qu'on ne trouvera jamais une meilleure méthode, mais quand on étend le traitement aux bicuspides et aux molaires, le travail et la dépense sont tels que cela les met hors d'atteinte pour la majorité de la race humaine et la méthode n'est pas toujours couronnée de succès. Ce serait donc un grand bienfait si on pouvait découvrir un moyen qui rende inutile l'enlèvement de la pulpe et l'obturation des canaux des molaires.

Tandis que tous les dentistes laissent sciemment des restes de pulpe dans des canaux étroits ou tortueux, ou dans des canaux obstrués par des matières calcifiées, et que beaucoup de dentistes européens se sont contentés simplement de dévitaliser la pulpe, obturant les canaux avec de l'amalgame et *laissant la nature faire le reste*, la première tentative systématique pour obvier à la nécessité d'enlever les parties de la pulpe attenant aux racines paraît avoir été faite par Witzel, qui en 1874 soutint qu'une application d'acide arsénieux soigneusement faite sur la pulpe enflammée ne dévitalisait que le tissu malade, et qu'en amputant la partie coronnaire de la pulpe vingt-quatre heures après l'application, les extrémités de tronçons restant dans les racines pourraient être traitées comme des pulpes saines et fraîchement exposées.

M. Miller présente brièvement les méthodes décrites par Witzel, Baume et Herbst, cette dernière d'après l'auteur et modifiée par Bödecker; il énumère leurs avantages et leurs désavantages. Il dit ensuite:

Peut-être la majorité des dentistes se sont-ils plus ou moins servis de la méthode recommandée par Bödecker quand ils ont laissé la pulpe entière ou en partie dans les racines buccales des dents supérieures ou les racines mésiales inférieures pour faire de suite l'obturation après avoir fait une application d'acide phénique ou tout autre antiseptique.

Je sens depuis longtemps qu'il faut chercher la solution du problème dans la voie montrée par Witzel, à moins que nos efforts ne tendent pas au maintien de la vitalité des pulpes, mais à empêcher leur décomposition en les saturant d'un antiseptique quelconque. Je suis convaincu que le succès de la méthode de l'imprégnation dépend beaucoup du caractère de l'antiseptique employé.

Selon moi, les qualités désirables me paraissent être celles-ci :

1° L'antiseptique doit être puissant ;

2° Il doit être suffisamment soluble et fusible pour garantir l'imprégnation de toute la pulpe ;

3° Il doit avoir assez de consistance pour ne pas être absorbé complètement par les tissus avoisinants et disparaître tout à fait, ce qui arrive avec l'acide phénique. Il m'est d'avis qu'une trop grande solubilité doit être un aussi grand danger que l'insolubilité ;

4° Il est désirable qu'il se coagule sur les tissus de la pulpe, quoique cela ne soit pas essentiel. Une pulpe coagulée en un corps dur et indissoluble offre moins de nourriture aux bactéries et moins d'irritation aux tissus que si elle était molle. Une des causes de l'insuccès du traitement de Baume est probablement la conversion de la pulpe en une masse demi liquide, savonneuse, avec une forte odeur alcaline, la réaction ne doit pas être indifférente aux tissus entourant l'apex ;

5° La substance employée ne doit pas avoir une action irritante sur le périoste ;

6° Elle ne doit pas décolorer la dent, quoique, comme les dents traitées soient généralement des molaires, une légère teinte ne soit pas chose grave ;

7° Les substances solides valent mieux que les liquides. Il est difficile de trouver une substance ayant tous ces avantages.

D'après mes expériences de plus de cinq cents cas, j'ai divisé les antiseptiques dentaires en trois groupes :

1° Ceux possédant à un haut degré le pouvoir d'agir comme antiseptiques sur la pulpe, tels que le cyanure de mercure, le bichlorure de mercure, le sulfate de cuivre, le salicylate de mercure, l'huile de cannelle, l'ortho-krésol, l'acide phénique, le trichlorphénol et le chlorure de zinc. Les quatre derniers sont inférieurs aux autres ; ils pénètrent rapidement dans la pulpe, surtout le chlorure de zinc, mais il leur manque les puissantes qualités antiseptiques nécessaires, ils sont si volatiles qu'en quelques semaines ils ont complètement disparu de la pulpe ;

2° Ceux d'une valeur douteuse : le thymol, l'acide salicylique, l'eugénol, l'acide camphro-phénique, l'hydronaphtol, le naphtol A et B, l'acéticotartrate d'alumine, et quelques huiles essentielles, la résorcine, le sulfo-carbonate de zinc, l'huile de bouleau, l'iodure de sodium, le nitrate de sodium ;

3° Ceux à peu près ou tout à fait sans valeur : l'iodoforme, les matières colorantes à base d'aniline, le borax, l'acide borique, le dermatol, l'europhène, le chlorure de chaux, le peroxyde d'hydrogène, les sels de sozoiodol, la teinture d'iode, l'esprit de camphre, la naphtaline, etc.

Les premiers essais ont été faits avec du bichlorure de mercure qu'on a employé depuis 1890, pour quatre ou cinq cents cas, sous forme de petites tablettes composées de :

Sublimé	0 gr. 01
Acide borique	0 — 02

ou :

Sublimé	0 gr. 01
Sel ordinaire	0 — 02

La pulpe ayant été complètement dévitalisée, la chambre pulpaire est ouverte et désinfectée et on met une des tablettes qu'on écrase tout simplement avec un fouloir à amalgame, trempé dans l'eau et recouvert d'une feuille d'or, et on obture immédiatement avec du ciment ou de l'amalgame. Sur 30 pour 100 des cas, le lendemain de l'application le patient ressent de vives douleurs, ce qui a fait abandonner ces tablettes en les remplaçant par les suivantes :

Sublimé	0 gr. 0075
Thymol	0 — 0075

On emploie le même procédé. Le thymol est là pour empêcher la prompte absorption du sublimé tout en donnant plus de durée à l'application et en réduisant la solubilité. Il est très rare que les applications soient suivies de douleurs, tandis que des expériences hors de la bouche ont montré qu'elles possèdent encore un grand pouvoir de pénétration. Voici encore une autre formule :

Sublimé	0 gr. 005
Thymol	0 — 005
Tannin	0 — 005

Cette formule est un peu empirique, le tannin la rachète un peu, elle est moins pénétrante que le n° 2 et décolore davantage la dent. On a également employé le cyanure de mercure avec le thymol en la formule suivante :

Cyanure de mercure	0 gr. 0075
Thymol	0 — 0075

Le salicylate de mercure a également été employé, et je crois qu'il vaut la peine d'être essayé. Sa solubilité lente fait croire que son action est plus durable que celle du sublimé. Le sulfate de cuivre peut être employé à l'état pur, mais il en résulte une forte décoloration au collet de la dent ; je crois qu'à l'état pur il est encore trop soluble pour donner des résultats durables. Je recherche un ingrédient qui possède les qualités requises sans décolorer la dent. Jusqu'à présent les meilleurs résultats sont dus à la diaphtérine (oxychinaseptol), un antiseptique récemment introduit par Emmerich; on peut l'appliquer pure. Parmi les antiseptiques liquides, l'huile essentielle de girofle prend la première place, et je crois qu'elle est excellente pour conserver la pulpe morte. Comme tous les liquides cependant elle est difficile à appliquer, et a en plus le défaut de teindre fortement la dent en jaune brun. La composition que j'emploie plus facilement est le sublimé thymol; j'emploie aussi, à titre d'essai, le salicylate et le cyanure de mercure ; on l'a employé pour plus de deux cents cas à l'Institut de l'Université de Berlin, et je n'ai entendu parler que d'un seul insuccès.

Il faut du temps pour éprouver les diverses méthodes en observation ; nous ne pouvons espérer arriver à une conclusion définitive avant 5 ans. Un essai ou deux chaque mois, pendant les deux premières années, sont suffisants pour un dentiste dans sa clientèle particulière. On devrait choisir les cas de traitement difficile et qu'on traite généralement avec le davier, tels que les cavités distales des secondes et troisièmes molaires, les cavités buccales des troisièmes molaires, etc.

On ne peut dès maintenant estimer à sa juste valeur cette méthode de traiter les dents, car on peut trouver des ingrédients supérieurs à ceux nommés plus haut. On peut cependant espérer que par une application attentive de cette méthode on pourra épargner bien des dents qui étaient destinées à l'extraction ou, ce qui est pire, se seraient émiettées.

M. Frank Abott, de New-York. — Je me place à un point de vue différent sur cette question.

Je ne vois la nécessité d'appliquer un antiseptique pour dévitaliser la pulpe que pour atténuer la douleur. Depuis 15 ans je n'ai employé que trois ou quatre fois l'arsenic, pas davantage. Il serait trop long de vous expliquer comment j'évite d'employer l'arsenic sans causer trop de souffrance à mes patients. Le traitement à suivre après la dévitalisation, ou pour une dent à pulpe morte, est une question plus importante que ne le comporte cette communication.

Pendant de longues années j'ai eu une pratique soi-disant unique ; je ne compte jamais sur l'application d'un antiseptique dans les racines des dents, mais j'introduis et j'entoure la dent d'un antiseptique assez fort pour momifier par son action toutes les matières restant dans les canaux. Il entoure et couvre le canal et toute partie de la pulpe restant est pénétrée par l'action du chlorure de zinc et du bichlorure de mercure qui y est mêlé. J'ai eu à traiter beaucoup de dents mortes, pour toutes je suis le traitement suivant : j'ouvre soigneusement la chambre pulpaire afin de pouvoir la stériliser complètement jusque dans les canaux ; ensuite, avec une seringue à aiguille d'or très fine, j'emploie une solution de bichlorure de mercure à 1 pour 10.000, un grain de bichlorure de mercure dans vingt onces d'eau et je fais dans ces canaux des irrigations de ce liquide ; avec un instrument acéré je pénètre dans les canaux le plus loin possible ; je remue le contenu et je recommence les irrigations jusqu'à ce que la substance qui sort de la dent soit blanche et ne tache pas comme quand le canal contient des matières mortes. Je remplis alors d'oxychlorure de zinc dans lequel j'ai mis une goutte de la solution à 1 pour 10.000 de bichlorure de mercure, assimilant ainsi les propriétés antiseptiques du bichlorure de mercure et les propriétés pénétrantes et antiseptiques du chlorure de zinc et de l'oxyde de zinc.

C'est cet ingrédient qui momifie la substance qui reste dans les canaux et l'empêche d'être nuisible. Je vous étonnerai en vous disant qu'au lieu d'ouvrir une dent et de la soigner pendant plusieurs jours je l'ouvre et l'obture en une seule séance, à moins de rencontrer de la périostite. La couronne est obturée avec de l'or ou une

autre matière obturatrice et je renvoie le patient après avoir enduit les gencives avec une solution de teinture concentrée d'aconit et de teinture d'iode. Cela soulage de la pression autour de la racine de la dent. Selon moi, c'est le traitement le plus simple pour ces dents.

C'est la décomposition du contenu des canaux et les gaz accumulés par cette décomposition qui, en se forçant dans le canal de la pulpe, occasionnent la douleur; les gaz ne peuvent s'échapper parce que le cément sur la surface de la racine est un tissu vivant, conséquemment toutes les issues sont fermées à l'échappement des gaz, à part ceux entraînés par la circulation. De sorte que tous les gaz passent dans le canal de la pulpe.

Dans les substances employées pour obturer les racines, nous devons nous souvenir qu'il nous faut envisager les résultats de la décomposition et non pas la décomposition elle-même.

M. G. Cunningham, de Cambridge, Angleterre. — Il y a plusieurs années, j'ai eu l'occasion d'entendre parler des travaux de M. Miller et de l'emploi qu'il faisait de ses tablettes.

Comme le dit le Dr Abott, je ne doute pas qu'il y ait beaucoup d'insuccès. Je connais la méthode du traitement du Dr Herbst. Mais je n'approuve pas son système de fermeture hermétique ; je suis d'accord avec M. Miller qu'on peut obtenir l'occlusion aussi parfaite par son procédé qu'en insérant de l'étain dans la cavité.

J'ai essayé le système Herbst au soi-disant «Cobalt ». Le Dr Herbst m'ayant fait l'amabilité de m'en envoyer un flacon, je le fis analyser par un de mes amis, chimiste distingué, qui me dit après examen : « Dans ce flacon vous avez assez d'arsenic pour tuer la nation britannique entière. »

M. Miller, dans une série de cours sur la dentisterie opératoire, montra par ses expériences que l'on peut entretenir la vitalité des pulpes par le cuivre et le sulfate de cuivre.

J'ai souvent employé cette méthode pour les dents de sagesse ; j'en conclus que la méthode de M. Abott est le moyen d'abréger le traitement qui donnera le plus de chances de pouvoir obturer en une seule séance, ce qui est un grand avantage pour les classes pauvres. Je crois que la communication d'aujourd'hui est très importante, car elle a fait entrevoir un moyen de faciliter les opérations pour beaucoup d'entre nous.

M. Schreier, de Vienne.

On peut employer n'importe quel antiseptique, les résultats sont les mêmes, la difficulté est de trouver un ingrédient d'application facile. Il est difficile de comprendre les dentistes qui prétendent injecter n'importe quelle matière antiseptique dans les canaux. Il est nécessaire que l'antiseptique soit facile à introduire dans les canaux et que l'effet soit prompt.

M. Miller n'en a cité aucun dans sa communication, mais j'ai parlé d'un antiseptique ayant ce caractère, le potassium-sodium, que j'aurai l'honneur de présenter aux membres du Congrès.

(A suivre.)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

TABLEAU SYNOPTIQUE DES ÉTUDES EXIGÉES EN ANGLETERRE

Nous empruntons au Dental Record *de septembre ce qui est demandé aux étudiants dentistes par le Collège Royal des chirurgiens d'Angleterre.*

Les examens préliminaires sont exigés de tous ceux qui commenceront leur éducation professionnelle après le 22 juillet 1878. Ils doivent être enregistrés comme étudiants en art dentaire au bureau du Conseil médical général, 229 Oxford Street, Londres. Ils doivent être âgés de vingt et un ans.

La durée des études professionnelles est de quatre ans, après l'enregistrement.

Ils devront suivre les cours, conférences, etc., d'une Ecole dentaire reconnue pendant les périodes suivantes :

Anatomie. — Une série de cours pendant au moins six mois ou une session d'hiver.

Physiologie. — Six mois.

Physiologie pratique. — Trois mois.

L'instruction en chimie comprendra la chimie pratique et la physique.

Matière médicale. — L'étude de la chimie et de la matière médicale peut être faite ailleurs qu'à l'hôpital général et avant l'enregistrement.

Dissection et anatomie pratique. — Un an.

Métallurgie. — Une série de cours.

Conférences sur la chirurgie. — Six mois ou une série de cours d'hiver.

Conférences sur la médecine. — Six mois.

Chirurgie pratique et leçons cliniques. — Deux sessions.

Anatomie et physiologie dentaires, humaines et comparées. — Deux sessions.

Chirurgie et pathologie dentaires. — Deux sessions.

Mécanique dentaire. — Deux sessions.

Instruction pratique en mécanique dentaire. — Trois ans sous la direction d'un praticien compétent, ou du surveillant du service de mécanique d'un hôpital dentaire reconnu, où l'enseignement de la mécanique aura donné satisfaction au Conseil des examens en chirurgie dentaire. Dans les cas des chirurgiens qualifiés, une période de deux ans au lieu de trois ans sera trouvée suffisante.

Cette instruction peut être faite antérieurement à la date d'enregistrement comme étudiant d'art dentaire,

Pratique de chirurgie dentaire dans un hôpital reconnu ou dans le service dentaire d'un hôpital général reconnu. — Deux ans.

Inscriptions (10 livres 10 shillings) : 280 francs.

Dernière période pendant laquelle les candidats refusés doivent continuer leurs études :

Six mois, subordonnés à la décision du Conseil.

Détail des examens. A. *Ecrit.* — Anatomie et physiologie générales. Pathologie et chirurgie générales; anatomie et physiologie dentaires; pathologie et chirurgie dentaires.

a) Sur le traitement de la carie dentaire, on peut exiger une obturation, une aurification ou toute autre opération de chirurgie dentaire.

(Les candidats doivent se munir d'instruments.)

b) Sur le traitement mécanique et la chirurgie des irrégularités des dents des enfants.

c) Sur la mécanique dentaire.

B. *Oral.* Sur tous les sujets des cours à l'aide de préparations, de modèles et de dessins.

Dates des examens. — Mai et novembre.

Conditions d'examens pour les gradués en médecine. — Les candidats qualifiés en médecine et chirurgie sont admis à l'examen final en produisant la preuve qu'ils ont suivi les cours dentaires spéciaux comprenant deux ans (au lieu de trois) d'instruction pratique en prothèse dentaire; ils subissent l'examen sur des sujets dentaires seulement. Les candidats qui ont passé l'examen en anatomie, physiologie et chimie devant un Conseil médical reconnu sont exempts du premier examen.

Voici en résumé ce qu'on exige des étudiants dentistes. — Les candidats au diplôme de chirurgien-dentiste devront produire un certificat attestant qu'ils ont suivi quatre années d'études professionnelles et qu'ils ont reçu trois ans d'instruction en mécanique dentaire chez un praticien enregistré.

Un an d'apprentissage *bona fide* chez un praticien enregistré, après avoir été admis aux études, peut compter comme une des quatre années d'études professionnelles.

Les trois années d'instruction en dentisterie mécanique, ou une partie de ce temps, peuvent être suivies par l'élève en art dentaire avant ou après son enregistrement comme étudiant, mais aucune année de cette instruction mécanique ne sera comptée dans les quatre ans d'études professionnelles, à moins d'avoir été suivie après l'enregistrement.

(*The Dental Record.*)

L'INCONVÉNIENT DES PROGRAMMES TROP CHARGÉS

Le Collège Royal des chirurgiens d'Irlande a décidé qu'on n'insisterait pas sur l'obligation des trois années de travaux mécaniques pour le stage d'obtention du diplôme de L. D. S.

Comme on le verra aux pages que nous consacrons à l'éducation, on conseille simplement un stage de trois années. Le Conseil médical demande trois ans pour délivrer un diplôme pour l'enregistrement. Conséquemment, un diplôme qui ne serait pas conforme à ce point cesse d'être exigible comme qualification pour l'enregistre-

ment ; il devient donc à peu près inutile. Il ne reste plus au Conseil qu'à le rayer de sa liste, ce qu'il fera bientôt, nous l'espérons.

(*The Dental Record.*)

Cette critique du *Dental Record* montre les inconvénients d'un programme qui demande au minimum 7 années d'études spéciales.

ASSOCIATION NATIONALE DES ÉCOLES DENTAIRES AMÉRICAINES

La résolution suivante a été prise à la session de 1893, tenue à Chicago.

Un comité sera nommé pour formuler une série de sujets et questions pour les examens préliminaires et fixer le titre minimum qui devra être atteint avant l'admission aux études d'art dentaire.

UNE RÉCLAME « FIN DE SIÈCLE »

L'*Eclair* du jeudi 7 septembre 1893 publiait en seconde page la réclame suivante *ornée d'une photogravure.*

LES HOMMES DU JOUR

DOCTEUR MAGITOT

Membre de l'Académie de médecine.

« La grande réputation du docteur Magitot, comme médecin-dentiste, est fondée sur son incomparable habileté de praticien mise au service d'une science profonde et n'a rien à voir avec la réclame effrénée à laquelle se livrent trop volontiers quelques-uns de ses confrères.

» Né à Paris en 1833, il se fit recevoir docteur en 1857.

» Elève de Claude Bernard et de Charles Robin, il étudia l'anatomie et l'embryogénie sous la direction de ce dernier, puis il s'adonna, d'une façon spéciale, à l'étude des maladies de la bouche et de l'appareil dentaire, et fit faire de notables progrès à cette branche de la science médicale.

» Le docteur Magitot s'est aussi beaucoup occupé d'anthropologie ; il est devenu membre de la Société de biologie et de chirurgie, de la Société de médecine, secrétaire général de la Société d'anthropologie, et il a été maintes fois lauréat de la Faculté de médecine, de l'Académie de médecine, dont il est membre, et de l'Académie des sciences.

» Il a publié un nombre considérable d'ouvrages très appréciés et qui font autorité en matière de chirurgie dentaire. »

Cette chute est lamentable et faite pour attrister tous ceux qui tiennent à l'honneur de l'art dentaire francais.

Nous avons souvent combattu les idées étroites, l'exclusivisme de

M. Magitot, mais nous ne nous attendions pas à le voir, à la fin de sa carrière, employer de semblables moyens de publicité.

On remarquera dans l'énumération publiée ci-dessus qu'il n'est pas fait mention du titre de président de la Société de stomatologie. Cette omission est significative et elle montre bien les appréhensions de l'auteur de la réclame.

Comment? M. Magitot a osé écrire dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* que « les écoles dentaires françaises » étaient de simples associations de professeurs, etc... dont les » titres se retrouvaient dans les annonces des murailles et jusque » sur les toiles-réclames des théâtres », et il fait reproduire dans les journaux son galbe si pur, tout comme les danseuses de marque et les actrices des *Folies libidineuses!*

Est-ce que la publication de l'*Eclair* ne coïncide pas avec le changement de domicile de notre très illustre confrère?

CORRESPONDANCE

On nous prie d'insérer la note suivante. Nous le faisons très volontiers. La *Revue Internationale d'odontologie* est ouverte à toutes les institutions servant les intérêts professionnelles.

Monsieur le Directeur,

Le Conseil de Direction de « l'Ecole Dentaire, pour la préparation aux Examens de l'Etat », comptant sur votre bienveillante hospitalité et votre dévouement aux intérêts professionnels, vous prie de vouloir bien porter à la connaissance des intéressés les réformes, votées par lui, applicables à la réouverture des cours ; c'est-à-dire pour l'année scolaire 1893-94.

Le Conseil de Direction, dans sa séance du 2 août, décide :

1° Une « Société de Communications odontologiques » est créée dans le but d'aider, de tous ses efforts, à la diffusion de tout ce qui intéresse la science et la technique dentaires.

Un règlement ultérieur déterminera les conditions de fonctionnement de la nouvelle Société.

2° L'assistance gratuite aux cours du soir est accordée, après un vote favorable du Conseil, aux mécaniciens-dentistes, patentés ou non, qui en feront la demande à l'administration.

Les bénéficiaires de cette mesure ne pourront en aucun cas prendre le titre d'élèves de l'Ecole. Ce droit appartient exclusivement aux étudiants qui prennent régulièrement leurs inscriptions, suivent les cours cliniques, ainsi que les cours de dentisterie opératoire.

Nous n'avons pas besoin, Monsieur le Directeur, de faire ressortir l'importance de cette dernière mesure. Notre Ecole, après une année d'essai, pendant laquelle le Conseil a pu apprécier combien sa création était utile, se sent assez forte aujourd'hui, pour, faciliter aux modestes de la profession, les moyens d'acquérir le diplôme d'Etat.

Je vous rappellerai en deux mots, Monsieur le Directeur, que notre société a été fondée pour faciliter l'instruction professionnelle aux dentistes peu aisés, sans trop grever leurs ressources. Pour cette raison le prix de la scolarité est des plus modestes.

Bien que les bénéfices résultant de la gérance de l'Ecole soient attribués à la « Caisse des retraites des dentistes », en voie de formation, nous ne nous croyons pas le droit, même au profit de cette caisse, de négliger les intérêts actuels de la profession. La réglementation est votée; nous nous imposons, en citoyens respectueux de la loi, les sacrifices nécessaires pour aider à la faire entrer rapidement dans les mœurs. En facilitant par le travail et l'étude l'élévation des moins favorisés de la fortune au grade de « chirurgien-dentiste » délivré par l'Etat, nous croyons faire œuvre utile au double point de vue démocratique et professionnel.

Malgré les difficultés presque insurmontables de nos modestes débuts, 19 dentistes, mécaniciens ou opérateurs, comptant de 5 à 15 années de pratique, ont suivi les cours de l'Ecole depuis sa fondation. Deux d'entre eux ont subi avec succès en session de juillet les examens institués par elle ; d'autres se préparent pour la session d'octobre. C'est un succès inespéré qui indique bien que, malgré l'insuffisance de nos ressources, notre œuvre répond à un réel besoin.

L'Ecole continuera modestement, mais fermement, le labeur commencé; elle compte que les résultats seront à la hauteur des sacrifices que se sont imposés ses adhérents; elle espère, dans un avenir prochain, pouvoir faire bénéficier la profession d'améliorations nouvelles.

Veuillez agréer, etc. *Le secrétaire général,*
MUGNIER.

Le programme des cours mis en harmonie avec les examens de l'Etat va être incessamment adressé à nos confrères.

NOUVELLES

Le Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris, par raison administrative, a décidé que son assemblée générale annuelle aurait lieu le mardi 31 octobre prochain.

La séance d'inauguration de réouverture des cours est fixée au samedi 28 octobre.

L'inauguration du monument en l'honneur du Dr Thomas aura lieu le dimanche 22 octobre au cimetière du Père Lachaise.

Tous les souscripteurs seront invités à cette cérémonie.

Nous sommes heureux d'apprendre que notre collaborateur M. Cecconi vient d'obtenir ses lettres de naturalisation.

LE TRAITEMENT DU DENTISTE DE NAPOLÉON Ier

Un livre récent sur les fournisseurs de Napoléon Ier nous renseigne sur la constitution de la maison médicale du premier Bonaparte.

Il nous apprend que le dentiste avait 6.000 francs de traitement.

Si nous nous reportons à l'étude du Dr David sur les dentistes de la cour de France[1], nous voyons que ce dentiste fut Dubois Fonçon, qui avait été dentiste de Louis XVI, qui, après Napoléon Ier, resta pendant quelque temps dentiste de Louis XVIII.

La politique n'influençait pas ces nominations, il faut croire. Il n'en serait peut-être plus de même aujourd'hui.

ODONTALGIQUES TRÈS PRÉCIEUX

On lit dans le *Temps* :

Le bruit a été répandu que le Président Cleveland avait subi une opération chirurgicale nécessitée par une affection cancéreuse de la bouche, semblable à celle dont mourut le général Grant. Cette opération se réduit en réalité à l'extraction de deux dents et de tissus dont ces dents malades avaient provoqué l'ulcération.

SÉRIE DE CONFÉRENCES SUR LA DENTISTERIE OPÉRATOIRE AU NATIONAL DENTAL HOSPITAL

Par le Pr G. Cunningham.

La nouvelle série de conférences sur la dentisterie opératoire, destinées aux étudiants avancés et aux jeunes praticiens, commencera le lundi 9 octobre, à 6 heures et demie du soir, par une conférence d'introduction sur la dentisterie opératoire au Congrès de Chicago. Les sujets spéciaux devant être discutés par M. Georges Cunningham dans la série de cours de cette année seront :

La morphologie des arcades dentaires au point de vue des méthodes de traitement ;

L'application pratique de la recherche bactériologique dans le traitement de la bouche et des dents ;

L'obturation immédiate des canaux ;

La restauration des dents gravement atteintes de carie, avec de l'amalgame à l'aide d'une matrice.

Crown-bar et bridge-work, avec des illustrations. Chaque conférence dure à peu près une heure et demie tous les lundis jusqu'à Noël. (*The Dental Record.*)

---

1. *Odontologie*, 1887, p. 472.

VOL. 2. OCTOBRE 1893 N° 10

REVUE INTERNATIONALE
D'ODONTOLOGIE

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LE TRAITEMENT DE LA CARIE COMPLIQUÉE

PANSEMENTS USUELS

Par M. P. Dubois.

Il nous semble opportun de revenir sur quelques questions essentielles qui se rattachent au traitement de la carie compliquée, en faisant connaître quelques formules différentes de celles publiées dans notre *Aide-Mémoire*.

Pour un certain nombre de praticiens, la guérison des dents cariées au troisième et au quatrième degré reste toujours une entreprise aléatoire et précaire; tandis que pour d'autres elle ne doit échouer que dans un très petit nombre de cas, à notre avis, cinq pour mille au maximum.

Comment ces résultats peuvent-ils être obtenus? Voilà ce que nous voulons examiner en quelques notes sommaires.

1° Troisième degré

Les travaux de Witzel et de l'école allemande avaient donné, il y a quelques années, un regain de faveur au coiffage et nombre de praticiens distingués espérèrent de nouveau en ce traitement conservateur. Ils furent vite désabusés. Les résultats immédiats n'étaient pas toujours favorables, les résultats éloignés le furent encore moins, et actuellement le traitement conservateur de la pulpe exposée est encore à trouver. Les exemples de conservation indéfinie de la pulpe au contact d'un corps étranger sont absolument exceptionnels ; ceux où il y a mortification lente, indolore le sont moins. Dans les dents à pulpe coiffée, en employant toutes les précautions antiseptiques, la mortification se produit comme dans certaines dents frappées de traumatisme; la décoloration, les propagations inflammatoires et infectieuses ne se produisent que tardivement et cela explique les bons effets temporaires de certains coiffages : ceux où la pulpe n'était que récemment exposée et où l'opération a été heureuse.

Malgré tout, on ne peut, au point de vue des résultats durables, mettre sur la même ligne le traitement conservateur et le traitement destructeur, et ce dernier est encore le traitement de choix dans l'immense majorité des cas. S'il est plus long que le coiffage, il n'est pas plus douloureux, il n'est pas plus difficile, les résultats peuvent et doivent être presque toujours la conservation de la dent.

A quelles conditions ?

1° *De ne pas avoir d'irritation intense à la suite de l'application du caustique* ;

2° *De ne pas laisser se produire d'infection pendant le traitement.*

Certains praticiens ont accusé l'acide arsénieux de provoquer des abcès alvéolaires, ils les attribuent à l'absorption du poison par la pulpe et à son transport au-delà de l'apex. A y regarder de près, cette opinion ne peut que difficilement se soutenir; l'acide arsénieux mis en poudre insoluble sur la pulpe ne peut être absorbé, puis véhiculé par elle.

Les premiers effets de l'acide arsénieux sont la dilatation des parois vasculaires et l'oblitération artérielle ; il en résulte un étranglement de l'organe à l'apex et, à défaut d'autres causes, cela seul s'opposerait au transport du médicament.

S'il y avait absorption, la cautérisation et les accidents de voisinage seraient en proportion de la dose; de plus, les accidents de voisinage seraient assez fréquents : il n'en est pas ainsi. Si l'acide arsénieux ne fuse pas au dehors, il importe peu qu'il soit mis à la dose de quelques milligrammes ou de quelques centigrammes. Son action n'est pas en proportion de sa masse, mais en raison du degré de vitalité et d'inflammation de l'organe, ainsi donc de la plus ou moins grande compression exerée sur lui.

Sur la pulpe, l'action caustique est due en grande partie à l'irritation, puis à la congestion et à la dilatation vasculaires qui s'ensuivent.

Des déductions thérapeutiques en découlent et c'est guidé par ces raisons que nous avons cherché, parmi les médicaments qui déterminent la constriction vasculaire, des correctifs de l'arsenic. Nous les avons trouvés dans l'ésérine et la cocaïne. Après sept années d'emploi dans notre pratique personnelle, après les résultats qui nous ont été communiqués par les confrères qui ont bien voulu expérimenter notre formule, nous pouvons dire que par elle les principaux inconvénients de l'acide arsénieux disparaissent.

Le composé arsenic-ésérine-cocaïne est peu ou point douloureux, même quand il est mis sur une pulpe non exposée, c'est là

un premier avantage. En pratique, il est considérable ; la douleur de la trépanation de la pulpe est intolérable ; celle de la cautérisation, quoique variable, est dans certains cas très douloureuse. L'économie de la douleur est le premier article du code du dentiste. Le composé arsenical donné plus loin y satisfait. Ne serait-ce qu'à ce titre, l'association de ces médicaments serait un progrès ; elle a d'autres avantages. Nous nions que les périostites et les abcès alvéolaires consécutifs aient une origine toxique, et pourtant nous reconnaissons que l'arsenic n'est pas indemne d'action nuisible. A quoi cela est-il dû ? A une irritation reflexe consécutive, quand elle est très intense. Que la mortification se produise sans extension inflammatoire, et l'arsenic reste l'agent de dévitalisation par excellence. Donc, supprimer ou atténuer la douleur a pour résultat de limiter à la pulpe le processus destructeur et de n'avoir pas de périostites, du moins pour cette cause.

L'expérience m'a fait modifier la formule publiée à l'*Aide-mémoire du chirurgien-dentiste* (page 120) et depuis deux années j'emploie avec succès la formule suivante :

Acide arsénieux.........................	3 décigrammes.
Ésérine..................................	1 —
Chlorhydrate de cocaïne..................	1 —
Oxyde de zinc............................	1 gramme.
Glycérine................................	5 décigrammes.

Chloroforme, quelques gouttes, en quantité suffisante pour faire une pâte demi-solide. Lorsque la pâte s'épaissit, ajouter quelques gouttes de chloroforme.

(L'action analgésique étant due à l'ésérine et à la cocaïne, il importe qu'elles soient dissoutes, ce qui n'existe pas quand le composé est un peu trop ancien ; alors les alcaloïdes se cristallisent, de là la nécessité d'ajouter de temps en temps quelques gouttes de choroforme.)

Ce pansement peut être mis dès la première séance, dans les cas de pulpite chronique et dans la plupart des pulpites aiguës. Quand l'odontalgie est très intense, le patient peu endurant, on peut débuter par le pansement suivant :

Acide phénique. . . . . }	ãã
Acétate de morphine. . . . . }	

L'effet est immédiat et, en quelques minutes, la douleur est apaisée.

Le coton est un mauvais moyen de porter la plupart des médicaments dans les cavités cariées, il prend trop de liquide, il occupe trop de place et, sauf pour les mèches, nous y avons renoncé depuis longtemps ; pour porter l'acide phénique, le

nitrate d'argent, le composé arsenical, le papier d'amiante[1] lui est de beaucoup supérieur. S'il s'agit de la pâte arsenicale, il n'en prend que de très petites quantités, il empêche la compression, il permet de placer le pansement avec précision sur le point où la pulpe est exposée. Nous ne saurions trop recommander son emploi.

Sous l'empire des idées erronées que nous avons combattues plus haut, on ne croyait pouvoir laisser le pansement que vingt-quatre heures au plus. On espérait ainsi limiter l'absorption et se préserver de la périostite. Avec le pansement ci-dessus, l'arsenic peut être laissé en place quarante-huit heures sans inconvénients ; dans quelques cas, par suite de la négligence du patient, le pansement a séjourné huit jours dans la cavité sans provoquer le plus petit désordre. Le séjour prolongé de l'acide arsénieux pur, ou associé à des médicaments qui ne combattaient pas son action extra irritante, avait des désavantages, non de par les effets toxiques, mais par suite de la gangrène rapide de la pulpe et l'envahissement des canaux par les produits infectieux. Que la mortification ne soit pas trop rapide, que la cavité soit protégée de l'apport des germes, et l'arsenic ne provoque pas de désordre de voisinage. Il est du reste avéré qu'il n'agit pas sur les tissus mortifiés ; donc, une fois la pulpe dévitalisée, il est inerte. Les désordres viennent de la gangrène et de l'infection et non du médicament qui n'y est pour rien.

De même que la présence pendant plusieurs jours du pansement arsenical n'est pas nocif, de même sa répétition est sans inconvénients. Il est mauvais de chasser les derniers vestiges de la sensibilité à l'aide de l'arsenic, mais lorsqu'elle subsiste dans la chambre pulpaire et à l'entrée des canaux, il est avantageux de faire une seconde application du caustique. Cette seconde application est absolument indolore et cela corrobore ce que nous avons dit plus haut de l'action de l'arsenic : l'irritation est en proportion de la vitalité, les propagations inflammatoires sont en proportion de l'irritation.

Abandonnée à elle-même, une pulpe qui a été mise en présence de l'arsenic évolue toujours vers la mortification ; celle-ci peut pourtant tarder à se produire complètement ; et puisque, pour les besoins de la pratique, on ne peut attendre une ou plusieurs semaines que la pulpe ait perdu sa sensibilité dans toute sa longueur, qu'elle soit transformée en une masse putrilagineuse, il est utile de l'extirper avant que ce phénomène se soit produit.

---

1. En vente chez les fournisseurs sous son nom anglais *asbestosfoil*.

La gangrène se limite mal et, à vouloir l'obtenir jusqu'à l'apex, on risque de la voir le dépasser. Il est donc opportun d'enlever les filets radiculaires ayant des vestiges de vitalité, et par conséquent de sensibilité.

Sur ce terrain les limites sont mal définies et l'expérience peut seule montrer la conduite à tenir. Toutefois, lorsqu'on ne rencontre plus de sensibilité à quelques millimètres au-dessous du plancher de la chambre pulpaire, on peut passer outre et extirper immédiatement. Si l'on veut obtenir une insensibilité plus complète avant de procéder à l'extirpation, le composé suivant l'assurera sans risques de périostite :

Chlorure de zinc	5 grammes.
Tannin	2 —
Alcool	5 —

Pour rester en place de trois à huit jours.

Le chlorure de zinc a non seulement des propriétés désinfectantes énergiques, mais encore une action de dessiccation et de durcissement des tissus qu'il touche. Cette action est la raison d'être du traitement de Lannelongue dans les abcès tuberculeux; nous pouvons la mettre à profit pour obtenir la sclérose de la pulpe. Sur le tissu pulpaire dévitalisé, le chlorure de zinc n'est pas douloureux.

Ces divers pansements ne peuvent donner les résultats attendus qu'à condition qu'ils soient recouverts de gutta-percha, car sans cela leurs effets seraient annihilés par l'entrée en scène des éléments infectieux.

Il n'y a pas d'antisepsie possible dans les dents cariées sous un pansement ouvert, sous un pansement putrescible comme ceux à base de coton imbibé de teinture de benjoin, de copal, de gutta-percha, etc.

Le succès dans la carie compliquée est toujours aléatoire sans un pansement réellement occlusif.

Nous reviendrons sur ce point dans un prochain article.

ANESTHÉSIE A L'AIDE DU BROMURE D'ÉTHYLE

Par M. Ronnet,

Ex-professeur à l'École dentaire de Paris.

Il n'est pas dans mes intentions de traiter du bromure d'éthyle et de sa valeur en petite chirurgie, notamment en chirurgie dentaire, mais seulement d'apporter une faible contribution

à ce qui a été dit sur cet excellent anesthésique en publiant un cas de ma pratique personnelle.

Mlle P..., 21 ans, d'origine russe, en traitement pour diverses opérations, me demande l'extraction d'une troisième molaire haut côté gauche.

Une opération, faite quelque temps avant à l'aide de la cocaïne, lui ayant semblé plus désagréable que l'anesthésie au protoxyde d'azote, dont on s'était déjà servi pour une opération antérieure, elle réclame l'anesthésie générale.

Sur le conseil du Dr Isch-Wall, nous décidâmes d'employer le bromure d'éthyle.

Après avoir fait mettre la malade à l'aise, M. le Dr Isch-Wall se mit en devoir d'administrer l'anesthésique à l'aide d'une compresse ordinaire. La malade ne voyant pas les appareils de protoxyde d'azote crut qu'on la trompait et que nous voulions l'anesthésier avec le chloroforme. On la rassura.

Le bromure d'éthyle eut une action très rapide. Une minute environ après le commencement de l'anesthésie, la patiente eut une courte période d'excitation qui tomba spontanément et tout d'un coup. En moins de deux minutes, l'insensibilité et la résolution musculaires étaient obtenues.

L'extraction n'offrait pas de grandes difficultés, elle fut faite aisément.

Si nous avions eu une autre opération à faire dans la bouche, on aurait eu tout le temps pour l'exécuter.

La durée de l'anesthésie fut semblable à celle qu'on obtient avec le protoxyde d'azote. Le retour à la sensibilité et à la conscience fut rapide, sans être accompagné du moindre malaise.

La patiente questionnée déclare n'avoir rien senti, et même ne pas savoir que l'opération est exécutée ; elle est persuadée qu'elle a dormi pendant longtemps, elle a rêvé voyages, etc.

De cette simple observation il semble résulter que le bromure d'éthyle peut rivaliser avec le protoxyde d'azote.

Si pour le dentiste il ne donne pas le temps et les facilités opératoires qu'on a avec la cocaïne, il ne nécessite pas l'installation encombrante du protoxyde d'azote. Pour ces raisons, il mérite d'être plus souvent employé.

Pour les malades qui s'effrayent de la piqûre, qui tombent en syncope parce qu'ils ont conscience de l'opération, nous nous promettons d'y faire appel de nouveau.

SOCIÉTÉS ODONTOLOGIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 30 *octobre* 1893.

Présidence de M. Viau.

RAPPORT DU DÉLÉGUÉ AU CONGRÈS DE CHICAGO

M. Barrié, délégué de l'Ecole dentaire et de l'Association générale des dentistes au Congrès de Chicago, donne lecture de son rapport. Il énumère les villes qu'il a visitées, donne des indications sommaires sur l'organisation du Congrès.

M. Barrié donne ensuite la liste des démonstrations pratiques faites au Congrès.

(Voir *Revue Internationale d'odontologie*, 1893. Compte rendu spécial du Worlds Columbian Dental Congress.)

M. Meng. — Dans son rapport, M. Barrié a parlé de la démonstration de Schreier, de Vienne, et, si j'ai bien compris, il a dit que M. Schreier mettait de la potasse et de la soude dans les canaux. Je croyais que c'était du potassium et du sodium.

M. Barrié. — Non, c'est de la potasse et de la soude.

M. Roy. — C'est une erreur, c'est du potassium et du sodium qu'emploie M. Schreier. Le potassium au contact de l'eau contenue dans les canaux se transforme en potasse avec dégagement de chaleur et d'hydrogène, ce qui détruirait les germes. (Voir *Revue Internationale d'odontologie*, 1893, p. 97.)

M. Viau. — Au nom de la Société, j'adresse des félicitations à M. Barrié pour son intéressant rapport.

M. R.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE GENÈVE

Séance du 9 *octobre* 1893.

Un de nos plus sympathiques confrères, en même temps un des plus anciens et des plus habiles aurificateurs de la Suisse, M. Lochu, de Saint-Gall, lors de notre dernier congrès annuel tenu à Zurich, avait charmé la nombreuse assistance en démontrant simplement le procédé opératoire qu'il emploie depuis de nombreuses années pour obturer les dents cariées avec l'or en éponge ou or cristallisé. La démonstration de sa méthode, pratiquée avec plein succès pour l'aurification d'une molaire inférieure gauche atteinte de carie profonde, avait été précédée par la lecture d'une intéressante notice, laquelle a été publiée dans le n° 2 de la *Schweizerische Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde*, que j'ai pris la liberté de traduire à votre intention.

M. Lochu s'est donc exprimé en ces termes :

« Je me suis enfin décidé à me soumettre au désir manifesté par plusieurs membres de notre Société, qui m'ont à plusieurs reprises prié de leur faire connaître expérimentalement ma méthode d'aurification. Permettez-moi de faire précéder ma démonstration par quelques mots d'introduction, en vous prévenant que je serai aussi court que possible, car bien loin de moi la pensée de venir vous répéter tout ce qui a été dit et publié sur ce sujet dans notre littérature dentaire ; je supposerai donc que vous êtes au courant de tous les nombreux travaux qui ont été mis à votre disposition et je me bornerai à vous entretenir des généralités ayant un rapport direct avec la construction et le finissage d'une aurification idéale.

» Après de sérieux et scrupuleux essais des différentes sortes d'or qui nous ont été offertes par nos fournisseurs, je suis arrivé finalement à préférer l'or cristallisé, étant toujours plus convaincu qu'il possède plus que tout autre les propriétés prédominantes de s'accommoder non seulement aux circonstances les plus défavorables, mais encore de rendre possibles tous les cas imaginables d'obturations en satisfaisant les exigences les plus rigoureuses.

» Cependant il faut reconnaître que le travail des aurifications avec l'or en éponge demande quelques précautions, et leur solidité dépend du soin et de la peine qu'on leur consacre ; mais aussi, lorsqu'elles ont été convenablement condensées, tout le temps maintenues à l'abri de l'humidité, et lorsqu'elles sont terminées et bien polies, il n'existe pas d'obturations plus parfaites ni plus hermétiques et je pourrais vous en fournir la preuve en vous montrant des dents aurifiées avec cette variété d'or ayant duré 30 ans et plus.

» L'or en cristaux a une texture peu serrée, poreuse ; il se transforme en une masse compacte sous l'action de la pression qui lui fait subir un changement moléculaire dont le résultat a été consigné avec autorité par le prof. Hollander : 1° la cohésion s'opère d'une façon aussi intense que celle que l'on rencontre dans l'or de toute autre forme ; 2° la force cohésive est encore augmentée d'une façon notable par le fait de l'entrelacement et de l'enchâssement des cristaux les uns dans les autres. Par conséquent, en employant cet or, on obtient une union plus parfaite des différentes parties d'une aurification qu'en utilisant de l'or en feuilles, et cette affirmation peut facilement se contrôler en en faisant un essai loyal. Examinons maintenant quel moyen nous devons employer pour que notre aurification forme une masse homogène et soit rendue aussi compacte que possible depuis le fond de la cavité jusqu'à son orifice.

» Admettons que nous ayons à obturer la partie coronale d'une molaire préparée selon l'art. A portée de la main se trouvent un choix de fouloirs de différentes dimensions dont les surfaces condensantes sont plus ou moins larges et dentelées, de même qu'une collection d'instruments droits et courbes, soit à pointes aiguës, soit à extrémités sous forme d'excavateurs tranchants, enfin une variété de brunissoirs.

» L'or qui va nous occuper ici est l'or cristallisé n° 1 de Watt, dont on déchire les parcelles plus ou moins petites ou grandes en

rapport avec l'ouverture de la cavité. Une lampe à esprit-de-vin sert à faire recuire à la flamme chaque petit morceau d'or dans le but de détruire toutes les poussières et impuretés et d'augmenter son pouvoir cohésif. Au fond de la cavité, on place contre l'une ou l'autre des parois, généralement contre celle qui est la plus difficile à atteindre, un fragment d'or cristallisé que l'on tasse avec un fouloir à surface condensante proportionnelle; ce premier fragment est maintenu en place avec un instrument jusqu'à ce qu'un second et même un troisième morceau arrivent par juxtaposition successive à être solidement pressés contre la paroi opposée. Une fois la première couche d'or suffisamment fixée à l'aide de fouloirs, il s'agit de la condenser; à cet effet, il faut se servir des instruments à pointes aiguës et de ceux à extrémités tranchantes, que l'on enfonce en faisant un mouvement de rotation d'un quart de tour; cette dernière manœuvre est répétée un certain nombre de fois sur toute la surface aurifère jusqu'à ce que l'instrument rencontre de la consistance et de la résistance. Puis on continue l'aurification par l'addition de nouveaux fragments que l'on traite tous de la même manière, en se gardant bien de vouloir aller trop vite, car il est bien compréhensible qu'avec des parcelles d'or trop épaisses, il n'est pas possible d'obtenir une adhérence parfaite.

» Il est encore évident que cette condensation ne doit pas être exercée uniquement à un endroit, par exemple au centre de l'aurification, mais elle doit comprendre toute la surface obturatrice et surtout être sérieusement faite, avec une scrupuleuse attention, contre les bords, de façon que la cohésion soit partout égale, aussi bien à la partie médiane que sur les côtés. Assurément, ce travail ne se fait pas sans peine, mais il en résulte une aurification dont toutes les parties seront homogènes, parfaitement unies et formant une masse cohésive. Il est également de la plus grande importance, pour la réussite d'une aurification avec cet or, de ne pas lui donner une forme convexe, c'est-à-dire les côtés plus bas que le point médian; mais au contraire il faut, dès le début, diriger sa construction de la périphérie vers le milieu en lui faisant figurer une face supérieure concave, avec les bords premièrement condensés et un peu plus élevés que le centre.

» L'or n° 1 de Watt doit être recommandé d'une manière toute particulière comme le meilleur parmi tous les ors en cristaux spécialement préparés pour l'usage dentaire; il est le plus malléable et le plus tenace de tous, il peut s'employer avec succès aussi bien pour obturer les plus petites fissures que pour exécuter les reconstructions de couronnes. Aucune autre préparation ne possède sa qualité cohésive à un aussi haut degré.

» Un autre or qu'il convient également de mentionner est l'or en bloc de Jamieson; il est doué d'une propriété extraordinaire de cohésion et comme il est en même temps plus dur que l'or cristallisé de Watt, son emploi est indiqué pour achever les surfaces masticatoires des petites cavités, de même que les couches superficielles des aurifications de contour. »

Père Hioste.

WORLD'S COLUMBIAN DENTAL CONGRESS

Compte rendu sommaire rédigé pour la *Revue Internationale d'odontologie.*

(Suite [1].)

Section Ire.

ANATOMIE ET HISTOIRE

LES DENTS ET LES CHEVEUX. LEURS RELATIONS HOMOLOGUES ET PATHOLOGIQUES

M. Guilford, de Philadelphie. — Deux questions spéciales intéressent les savants : la première, le développement le plus complet de l'individu ; l'autre, les variétés du type normal. La première montre les travaux parfaits de la nature quand elle n'est pas contrariée, la seconde comment une variété peut résulter de légers troubles dans la période de formation. L'une est aussi instructive que l'autre, car c'est souvent en considérant une anomalie que nous apprécions l'harmonie des organes coordonnés et leur adaptation aux fonctions.

Aucun organe humain n'offre une aussi grande variété d'aberration du type normal et de nombre que les dents, et ce fait offre un vaste champ d'études et d'observations. Ce qui en augmente l'intérêt, c'est la comparaison des dents avec d'autres organes, avec lesquels elles sont en relation immédiate par leur structure.

Comme produits épithéliaux, les cheveux, après les dents, sont ceux qui sont le plus souvent atteints d'anomalies, et de ce fait ces deux organes ont souvent été associés et ont attiré l'attention des observateurs, mais cette étude n'a pas été poursuivie avec le soin que comporte son importance.

En abordant ce sujet, il faut considérer brièvement l'origine de chacun de ces organes. Les ovules des vertébrés consistent en une masse de matière protoplasmique contenue dans l'enveloppe des tissus connectifs. Par un procédé de segmentation, l'ovule produit une grande quantité de cellules qui forment une membrane connue sous le nom de blastoderme, et cela se résout en trois couches respectives nommées l'épiblaste, le mésoblaste et l'hypoblaste. De l'épiblaste ou couche supérieure, se forment l'épiderme et ses annexes, telles que les cheveux, les ongles, l'émail des dents, ainsi que la cervelle et les nerfs. De la couche moyenne ou mésoblaste, se forment le derme, les cartilages, les os, les muscles, la dentine et le cément des dents, etc. De la couche hyperblastique, se forment l'épithélium, la membrane muqueuse et les diverses glandes des canaux alimentaires (Cryer).

Les cheveux sont donc un produit de l'épiblaste et ils se développent dans les poches ou sacs de cellules minuscules du réseau de Malpighi, qui émanent du chorion. En se développant, ils mon-

1. Voir *Revue Internationale d'odontologie*, septembre 1893, p. 402.

tent à la surface, atteignent leur longueur normale, tombent et sont remplacés par d'autres. Ils sont nourris par un organe formatif connu sous le nom de follicule.

Des poils de grosseur et de longueur variées couvrent entièrement la surface externe du corps humain, à l'exception de la plante des pieds, du creux de la main, des paupières, des dernières phalanges des doigts et de certaines parties des organes génitaux. Ils atteignent leur plus grande longueur sur la tête, surtout chez les femmes, sur les joues, le menton et la lèvre supérieure des hommes et dans la région du pubis des deux sexes. Darwin dit : « Les cheveux se développent chez les fœtus humains au troisième ou quatrième mois ; alors ils apparaissent aux cils, à la face, surtout autour de la bouche, et sont plus longs que sur la tête. A cette époque primitive de la vie intra-utérine, il n'y a aucune différence remarquable entre les fœtus masculins ou féminins au point de vue de l'abondance ou de la situation des cheveux, tandis que dans l'enfance, et surtout après la puberté, la différence entre les sexes sous ce rapport est très apparente. .La couche de lanugo qui recouvre les fœtus humains tombe à la naissance ou peu après et est remplacée par une couche moins vigoureuse qui, chez l'individu normal, se maintient toute la vie. Il y a des conditions anormales où ce duvet peut manquer et d'autres où il atteint une longueur anormale qui est due à la vitalité excessive des follicules. »

Nous croyons que tous les biologistes sont d'accord sur ce point, que les dents des mammifères, sinon de tous les vertébrés, se développent dans un sac ou poche formé en partie et à ses débuts par une invagination de l'épithélium de la cavité buccale qui, en temps voulu, devient l'organe de l'émail. Sous cette couche épithéliale déprimée, une papille se soulève du chorion, papille qui forme la dentine, la dite papille étant éventuellement connue comme pulpe dentaire. Le cément est formé de ce qui est connu sous le nom de saccule dentaire : un produit spécial des tissus connectifs qui renferment l'émail et les organes de dentine, les entourant complètement.

Telle étant l'origine de la dent et de ses différents tissus, sommes-nous corrects en appelant les dents des mammifères un appendice dermique ?

L'étroite relation existant entre les dents de certains vertébrés et leur armature dermique, ou écailles, se voit mieux chez le requin, le squale. En parlant de l'écaille placoïde du requin, Greenbaur dit : « L'écaille placoïde a la structure de la dentine, est couverte d'émail et est continuée à sa base par une plaque formée de tissu osseux. Comme les écailles sont en rapport avec les dents comme structure, on peut les appeler des denticules dermiques. »

Quelques-uns de nos anatomistes et physiologistes les plus connus considèrent les dents comme des appendices dermiques spéciaux, ce que les biologistes acceptent comme une conclusion raisonnable.

Chaque couche blastodermique donne origine à une variété de tissus. Il n'est donc pas déraisonnable de supposer que quand un tissu d'une certaine couche est atteint d'une affection pathologi-

que, d'autres de la même couche le sont aussi (?) et s'il s'en rencontre un certain cas de ce genre, il n'est pas évident que tous ces tissus ont la même origine (?).

Il ne manque pas d'exemples parmi les vertébrés où une anomalie sur un point de la couche épithéliale correspond à une autre anomalie de la même couche. Nous savons que chez les édentés, quelques-uns sont sans dents et d'autres n'ont pas le nombre normal de leur classe ; leurs téguments sont aussi de caractère très varié.

Chez les chiens sans poils du Japon et de la Chine, le système dentaire est très réduit, en le comparant à ceux de leur classe qui ont une toison normale. Le morse, qui est un animal aquatique herbivore et qui a des poils courts, raides et clairsemés sur la peau, a un appareil dentaire particulier et défectueux qui diffère de celui des autres mammifères.

En montant dans la série animale jusqu'à l'homme, nous trouvons plusieurs preuves de relation entre les produits des couches épiblastiques. Chez les albinos les principales particularités sont le manque de matière colorante dans la peau et les cheveux et l'iris *rose* (?). Ces deux tissus sont des produits épiblastiques et ils sont l'un et l'autre atteints d'une anomalie.

L'année dernière, j'eus l'occasion d'examiner une famille française dont tous les membres, la mère, la fille et le fils, étaient dépourvus de cheveux. Ils avaient tous le cuir chevelu dépourvu de poils ; le duvet fin ou lanugo qui recouvre ordinairement le corps humain manquait et les doigts étaient épais, étroits et pointus comme les serres d'un oiseau de proie. Les dents cependant étaient de grandeur, de forme et de nombre ordinaires. Wilson cite le cas d'une femme de trente-trois ans, dont le corps entier était recouvert de cheveux épais et longs et qui n'avait jamais transpiré. Cette croissance anormale de cheveux n'était pas congénitale, mais n'était survenue qu'à la puberté et était restée. Le même auteur dit que les ongles montrent fréquemment des évidences d'anomalie en relation avec l'absence ou la superabondance de cheveux.

Bradbury, de Boston, parle d'un homme de vingt-quatre ans, qui était édenté et prétendait n'avoir jamais eu de dents. Cette particularité s'augmentait de l'absence complète de la salive. Sa langue était sèche et raide comme du cuir et il grasseyait. Il n'avait jamais pu prendre d'aliments solides, mais se nourrissait de soupes et d'aliments mous.

Quant à la relation entre les dents et les cheveux, considérons les cas où ces deux organes sont également atteints d'anomalies. Il y a des cas où les deux produits sont défectueux, et d'autres où l'un est défectueux et l'autre trop abondant. Comme défectuosité des deux tissus, le cas le plus remarquable est celui que l'auteur montra à plusieurs sociétés médicales et dentaires de Philadelphie en 1883. Un compte rendu vérifié de sa généalogie a paru dans le *Dental Cosmos* de mars 1883.

L'individu avait quarante-huit ans et n'avait jamais eu de dents, ni temporaires, ni permanentes. Il était presque chauve, n'ayant

qu'un léger duvet, et tandis qu'il y avait des poils au pubis et aux régions axillaires, son corps n'était pas recouvert de lanugo. Il n'avait jamais transpiré, soit par l'absence ou la suppression des glandes sudoripares.

En plus, l'odorat et le goût étaient très faibles chez lui. Toutes ces particularités réunies en font un cas *sui generis*. Il vit encore et se porte bien, et sur ses six enfants, deux des filles seulement semblent hériter de l'anomalie paternelle; elles n'ont pas le nombre normal de dents.

Un cas analogue mais moins prononcé est celui cité par M. Jarr, de Paris, dont une traduction a paru dans le numéro du *Dental Cosmos* de juin 1892. Le sujet était un garçon de douze ans presque chauve et dont le corps était absolument dépourvu de tout duvet. Son maxillaire inférieur était édenté et le maxillaire supérieur n'avait que cinq dents. Les ongles avaient également un aspect anormal, étant criblés de points blancs et de raies.

Comme exemples d'individus où les défectuosités des dents et des mâchoires sont associées à un développement excessif des cheveux, on cite plusieurs cas notables. Le plus connu est celui de Julia Pastrana, une danseuse qui parut en Europe il y a plusieurs années. Les cheveux sur sa tête étaient noirs et grossiers et sur les joues et le menton elle avait une barbe de plusieurs centimètres. Sa denture était normale, comme l'ont constaté M. Magitot et sir John Tomes qui l'examinèrent[1], mais l'alvéole et les tissus mous d'alentour étaient tellement hypertrophiés que seule la surface coronaire des dents était visible.

Un autre cas mentionné par Parreid est celui de Kao, une jeune Indienne qu'on exhiba en Europe ces années dernières. Son corps était couvert d'une chevelure abondante, ses maxillaires étaient hypertrophiés quoique sa denture fût normale comme nombre et comme quantité. Un autre cas encore plus remarquable, où on peut associer une croissance de cheveux anormale avec une denture défectueuse, est celui de Fédor Jeftichejew, le soi-disant homme chien, qu'on a exhibé par tout l'univers et que plusieurs de nos confrères ont eu le privilège d'examiner il y a moins d'un an. Au maxillaire inférieur se trouvent trois dents, une cuspide et deux incisives. Au maxillaire supérieur il n'y a que deux cuspides, une incisive latérale ayant été enlevée.

Quand on commença à le montrer, Fédor avait à peu près trois ans, était accompagné de son père qui possédait les mêmes particularités et qui est mort depuis. Fédor, qui a maintenant vingt-trois ans, a le corps entièrement recouvert de cheveux assez longs, tandis que sur la face, y compris le nez et le front, il y a une forte poussée de fins cheveux longs de plusieurs centimètres. Dans son cas aussi les glandes sudoripares sont mal développées, car il ne transpire presque jamais. Un autre cas excessif de développement

---

1. Julia Pastrana vivait vers 1825 et les auteurs ci-dessus en font seulement mention (*note du traducteur*).

du système chevelu avec des défectuosités plus ou moins importantes des organes dentaires est celui de la « famille poilue » des îles Bermudes qui fut à maintes reprises exhibée ici et en Europe. Trois membres de cette famille, le grand-père, la mère et Moung-Phoset, le fils, avaient la face et le corps couverts de longs cheveux noirs assez soyeux. Leurs mains n'en avaient pas, mais sur le front, les joues, le nez, les oreilles, la croissance était excessivement abondante.

Les cheveux sur le front du jeune Moung-Phoset étaient si longs qu'on était obligé de faire une raie au milieu et de les attacher derrière la tête. Le grand-père, qui était mort à Ava, n'avait jamais été montré. Mais le capitaine Crawford, qui l'avait vu, raconte que les cheveux sur la face, les oreilles et le nez avaient huit centimètres et ceux sur la poitrine et les épaules quatre ou cinq centimètres.

Quant au manque de dents, dans ces cas, les écrivains diffèrent. Crawford dit que la mère n'avait pas de cuspides ni de molaires aux deux maxillaires. Un autre écrivain dit qu'il lui en manquait beaucoup; quant au Dr Daly, de Washington, il lui enleva quinze dents en 1888.

Moung-Phoset, le fils, paraît avoir eu beaucoup de dents en moins, mais cela n'a jamais pu être vérifié ni contrôlé, son barnum refusant expressément de laisser examiner sa bouche.

Dans ces sept cas cités, nous voyons une absence ou un grand amoindrissement de cheveux sur le crâne et coïncidant avec une absence entière de duvet sur le corps. Dans deux cas il y avait difformité des ongles, dans deux cas absence totale ou partielle des glandes sudoripares et dans un cas absence totale de l'odorat et sens du goût imparfait.

Sur les quatre cas de développement excessif des cheveux, nous trouvons dans deux cas le nombre normal de dents, avec hypertrophie du bord alvéolaire et du tissu gingival ; dans un cas nous trouvons seulement six dents *in situ*, tandis que dans les autres nos renseignements sont incomplets sur les organes dentaires.

Mais il y a une autre source de laquelle nous pouvons tirer la preuve de la relation intime de ces deux tissus, et elle n'a presque jamais été citée : ce sont les kystes ovariens. Dans ces anomalies de structure, que Wilson nomme des tissus normaux placés d'une manière anormale, se trouvent généralement des cheveux, des dents et du tissu alvéolaire, quelquefois des ongles, tous produits des couches épiblastiques et mésoblatiques.

Roswell Park dit : « Ces produits proviennent des parties isolées de l'épiblaste ou du mésoblaste, ou des dents, lesquels se sont déplacés pendant le développement de l'embryon et qui se sont logés dans un endroit anormal. De telles masses de tissu retiennent à peu près toutes leurs facultés de développement embryonnaire et, ayant reçu une impulsion, elles forment soit un, soit tous les tissus qu'elles peuvent former. »

La question qui se pose naturellement est celle-ci : Pourquoi ces deux produits particuliers de l'épiderme se trouvent-ils si souvent

réunis. On n'a jamais donné et on ne peut donner une réponse satisfaisante, mais l'observation de deux points peut éclairer un peu ce sujet.

D'abord, le développement des cheveux et des dents chez les embryons humains est presque plus contemporain que celui des autres tissus épidermiques, la première couche de cheveux ou lanugo étant visible à partir du quatrième mois de la vie fœtale et la formation de la coiffe de dentine ou la calcification s'observant à la même période, selon Magitot.

Ensuite la ressemblance structurale des deux organes est parfaitement démontrée : *a*) par leur développement dans un sac formé par l'épithélium ; *b*) par la papille ou follicule qui tout d'abord les forme et les nourrit ; *c*) par les limites de croissance ; *d*) par leur chute et leur remplacement par d'autres organes analogues ; *e*) par leur rencontre si fréquente dans les kystes dermoïdes. Nous pouvons donc conclure avec certitude :

1° Que quand un produit de la couche épithéliale est atteint d'une anomalie, un ou deux des produits de la même couche peuvent l'être ;

2° Que les deux produits les plus atteints sont les dents et les cheveux ;

3° Qu'on a vu de nombreux exemples chez les vertébrés, y compris l'homme ;

4° Que l'étroite relation entre ces deux produits est probablement due à l'inception simultanée et par d'autres points de similitude dans leurs caractères et leur croissance ;

5° Que quand ils sont atteints d'une manière coordonnée, leurs manifestations ne sont pas uniformes mais variables ;

6° Qu'on ne peut expliquer cette variabilité par les connaissances actuelles.

Ensuite M. Guilford dit qu'il a en sa possession quelques modèles. Un maxillaire d'après lequel on prit la photographie de l'individu qui n'avait jamais eu de dents. Un autre n'appartient pas tout à fait au sujet, mais il l'a pris à titre de curiosité ; les dents existaient toutes, mais les couronnes n'étant pas recouvertes d'émail s'usèrent très vite. Le spécimen appartient au Dr Stainton. Voici un autre cas qui pourrait passer pour celui d'un homme tout à fait édenté ; j'ai connu des personnes qui l'ont connu enfant et ont pu me certifier que le fait était exact. J'ai retrouvé ses proches parents et ses ancêtres de plusieurs générations, j'ai fait mille lieues pour le voir, voici l'empreinte de ses mâchoires. Quand je l'ai vu, il n'avait plus du tout de dents, mais il en avait eu. L'aspect de ses alvéoles était celui d'un individu à qui on a enlevé toutes les dents.

(A suivre.)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

QUELQUES ÉCLAIRCISSEMENTS SUR LES CONDITIONS D'ETUDES ET D'EXAMENS POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE CHIRURGIEN-DENTISTE

La loi de 1892 sur l'exercice de la médecine est exécutoire le 1er décembre 1893. Elle a créé le diplôme de chirurgien-dentiste, mais jusqu'ici il est bien difficile de dire où et quand seront passés les examens.

Le décret du 25 juillet 1893 dit que les étudiants en chirurgie dentaire devront faire trois années d'études, mais on ne sait où les commencer.

Il est évident qu'on ne peut allonger le délai de trois années pour des difficultés d'organisation, et si la loi oblige les administrés, elle ne les oblige pas seuls.

On comprend l'anxiété du public professionnel, qui ne sait pas où les élèves doivent prendre inscription régulière.

Comment pourra-t-on — si on est dans l'une des catégories de dispensés — se mettre en accord avec les prescriptions de la loi et être admis à la pratique complète de l'art dentaire ?

Nous sommes allés exposer, à l'un des membres les plus autorisés du Conseil supérieur de l'instruction publique, la situation difficile des dentistes et particulièrement de ceux qui veulent travailler.

Notre éminent interlocuteur a compris les raisons majeures qui nous avaient poussés à cette démarche et il a bien voulu nous donner quelques éclaircissements sur l'état actuel des choses.

La commission permanente n'a pas encore délibéré et ce n'est qu'au mois de décembre que nous serons fixés définitivement par un décret qui complétera l'organisation ébauchée par le décret du 25 juillet dernier.

Les premiers examens pour les dentistes dispensés en vertu des dispositions transitoires auront lieu au plus tard en avril 1893.

Conformément aux usages universitaires, les membres du jury ne seront nommés que lorsque la liste des candidats sera close.

Les programmes ne seront connus que dans les premiers jours de décembre.

Pour les étudiants inscrits dans les écoles dentaires avant la fin de l'année 1893, il sera proposé de leur accorder l'équivalence de leurs inscriptions dans lesdites écoles, avec les inscriptions réglementaires. L'importance de cette mesure serait grande pour l'année scolaire qui commence; elle serait bien accueillie par la profession tout entière.

En ce qui concerne les examens des dispensés, nous avons recueilli des indications précieuses sur les bonnes intentions de ceux qui auront à dresser le programme et à donner une direction générale aux examinateurs.

Les renseignements que nous avons eus d'autre part corroborent ceux-ci. Ils montrent que les autorités universitaires restent fidèles à la politique qui a inspiré l'article de la loi de 1892 et le décret du 25 juillet 1893.

Il nous est donc permis de penser que le gouvernement sent bien toutes les nécessités de la transition. Nous n'avions jamais douté qu'il en pût être autrement.

P. Vasseur.
Directeur du *Monde Dentaire.*

P. Dubois.
Directeur de la *Revue Internationale d'Odontologie.*

INAUGURATION DU MONUMENT DU Dr LOUIS THOMAS

Les institutions se grandissent en honorant le souvenir de ceux qui les ont servies avec éclat, et tous ceux qui ont suivi les événements de ces douze dernières années connaissent le rôle considérable de notre regretté ami dans la fondation et le développement de la première Ecole dentaire en France. Ce fut une bonne fortune pour l'Ecole dentaire de Paris de rencontrer à ses débuts un homme de la valeur intellectuelle et du désintéressement du Dr Louis Thomas.

Cette entreprise de jeunes était bien faite pour séduire cet enfant du peuple qui voulait pour tous l'ascension vers la science et la lumière. Il rêvait l'enseignement libre de la médecine, il fut un des fondateurs de l'enseignement libre de l'art dentaire.

Comme MM. Lecaudey, Roger, Godon, Lemerle, Roy et Jeay l'ont dit, chacun avec leurs souvenirs, leur note particulière, la vie du Dr Thomas fut une grande leçon. Elle est exceptionnelle l'existence de ce petit paysan devenu instituteur primaire, puis docteur en médecine, interne des hôpitaux, bibliothécaire de la Faculté de médecine de Paris, et se trouvant partout supérieur à sa fonction, au rôle subalterne dont il se contente. Il fait les livres et les rapports de deux membres de l'Académie de médecine; il collabore à la plus vaste publication médicale du XIXe siècle; il sert de guide à des étudiants qui deviendront des maîtres; il fait ou inspire nombre de livres d'art dentaire et l'anonymat ne lui pèse

pas. Son grand labeur sur tout et pour tous l'empêche de poursuivre la recherche personnelle, et c'est à peine si trois ou quatre livres portent sa signature. Je dus lui faire violence pour lui faire signer dans la première édition de l'*Aide-mémoire du chirurgien-dentiste* la partie médicale et c'est un honneur pour moi de voir mon nom à côté du sien sur ce petit livre.

Dans une société amoureuse du bruit et de l'apparence, ce fut une leçon que la vie de ce modeste.

Dans une société âpre au gain, c'est une leçon que l'existence de ce désintéressé.

Dans un monde où l'on vise à se servir des institutions, et non à les servir, c'est une leçon que celle de cet homme qui se dépense pour une idée sans espérance de profit personnel.

Il contribue à édifier une maison qu'il n'habitera pas.

Les efforts des dentistes auraient pu le laisser indifférent. Mais comme il voit du bien à faire, des intelligences à aider, des bonnes volontés à réunir, une profession à relever, il accourt et pendant douze années se prodigue sans compter.

Le Comité de souscription a été bien inspiré en demandant à nos amis Godon et Roy de saluer une dernière fois le collaborateur, l'ami de tant d'années. Devant la tombe de cet homme qui avant de partir voulait l'union, on a bien fait de rendre hommage à l'une de ses dernières pensées.

Nous sommes heureux de l'hommage qui lui a été rendu sur sa tombe. Mais nous serions encore plus heureux de voir sa figure souriante dans une des salles de l'École dentaire de Paris où, malgré les difficultés, disons les périls de l'heure présente, on ne peut s'empêcher d'espérer.

Lui et nous tous nous avons cru faire une œuvre durable en élevant cette maison. Ne lui faisons pas injure en montrant qu'il s'est donné en pure perte.

P. Dubois.

La cérémonie de l'inauguration du monument avait lieu le dimanche 29 octobre 1893, au cimetière du Père Lachaise. Le monument consiste en un buste élevé sur un socle. Le buste, dû à M. Millet de Marcilly, qui fut un ami de Thomas, est étonnant de vie et de ressemblance, et si l'on tient compte de la pauvreté des documents mis à la disposition de l'artiste, on ne peut que le féliciter de la merveilleuse réussite de son œuvre.

La veuve du défunt, sa belle-fille, ses amis personnels et un grand nombre de dentistes furent heureux d'aller saluer encore une fois la mémoire de Thomas.

M. le Dr Aubeau, retenu par une opération, n'a pu arriver à temps pour la cérémonie.

Comme M. Roger l'a dit dans son beau discours, on regrettait l'absence de médecins, et surtout de ceux qui avaient recours à la plume du bibliothécaire de la Faculté de médecine.

Nous ajouterons que nous fûmes également mal impressionnés

de constater l'absence de plusieurs membres du Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris.

Les discours que nous reproduisons plus loin n'ont pas besoin de commentaires ; écoutés avec recueillement par les auditeurs, ils seront lus avec intérêt par tous ceux qui connurent celui que notre ami Godon a si bien appelé le « philosophe et le père intellectuel » de l'institution » que nous avons servie.

DISCOURS DE M. LECAUDEY

Messieurs,

J'ai la mission douloureuse de prendre la parole aujourd'hui, au nom de l'Ecole dentaire de Paris, en remettant à la famille du docteur Thomas ce tombeau élevé à sa mémoire par le Comité de souscription.

Notre regretté professeur revit à nos yeux en ce buste de franche allure.

Le voici bien tel qu'il nous apparaît en notre souvenir, tel que nous le vîmes quelques jours encore avant qu'il fût si soudainement et si injustement frappé, en pleine vie, en pleine maturité de corps et d'esprit. Il semble prêt à nous parler, avec sa bienveillante bonhomie, son éloquence simple, ses yeux très doux de penseur et d'indulgent.

Dès sa jeunesse, le docteur Thomas fut un laborieux et un lutteur ; « le travail et le combat », tels sont les deux traits qui distinguèrent son caractère. — Il n'était pas aisé et peina durement ; il acquit le grade de docteur en médecine, et, comme il était de ceux que séduisent les livres, les œuvres théoriques, il fut heureux d'obtenir le poste de bibliothécaire à l'Ecole de médecine, poste où firent merveille son esprit d'investigation, ses connaissances de linguiste et de philosophe.

Cependant il y avait en lui un instinct de combat, un désir ardent de voir et de faire triompher les idées qui le préoccupaient ; il s'était élevé à force de travail, sans le secours d'aucun, et il était prêt à se joindre à tous ceux qui tendent à arriver de la même sorte.

Aussi, Messieurs, fut-il avec nous dès la première heure.

En 1880 il s'inscrivit avec les membres fondateurs de notre Ecole ; dans une conférence qui inaugurait nos cours, il nous fit l'histoire de notre passé ; à nous, dentistes, il nous traça la route que nous avions à suivre, il rédigea notre programme scolaire, nous aida sans cesse de toute sa science et de tout son dévouement, aussi bien dans le corps enseignant que dans le Conseil de direction.

Quand notre institution prospéra, il put se réjouir d'un triomphe auquel il avait si efficacement concouru.

Il y a trois ans, alors que la croix d'officier de l'Instruction publique venait d'honorer en lui à la fois le bibliothécaire et un lauréat de l'Académie de médecine, nous fûmes heureux de lui offrir une médaille d'or comme gage de notre reconnaissance.

Hélas ! nous n'eussions jamais pensé devoir la lui témoigner aujourd'hui par un monument funéraire !

Nous avons voulu, Messieurs, honorer la mémoire du premier docteur qui se mit dans nos rangs. — Nous avons voulu donner cette forme éternelle du bronze à notre souvenir, que nous marquerons aussi en nous inspirant de la vie et de l'exemple de notre mort vénéré.

A vous, mon cher docteur Thomas, merci, au nom de vos confrères, de vos amis, de vos disciples ! Votre pensée demeurera toujours avec la nôtre.

Je ne veux pas terminer sans adresser, au nom des souscripteurs, de particulières félicitations à M. Millet de Marcilly, le statuaire qui a su évoquer si fidèlement les traits et l'habituelle expression du Dr Thomas. Je tiens aussi à remercier vivement les nombreux souscripteurs qui ont répondu à notre appel.

DISCOURS DE M. CH. GODON

Mesdames, Messieurs,

Le Comité formé pour élever sur la tombe de notre regretté ami, le Dr Louis Thomas, le monument que nous inaugurons aujourd'hui, m'a chargé de prendre la parole au nom des fondateurs de l'Ecole dentaire de Paris.

Il a voulu que j'évoque devant vous le souvenir de cette époque si intéressante de notre histoire professionnelle déjà vieille de quatorze ans.

La vie de l'homme de bien que nous regrettons tous n'a-t-elle pas été intimement liée depuis 1880 à tous les événements qui ont signalé la fondation et le développement de cette institution ?

C'est pourquoi les dentistes ont répondu en aussi grand nombre à l'appel du Comité. Ils étaient si nombreux ceux qui avaient à regretter en lui un maître ou un ami, que sa mort a été pour nous un véritable deuil professionnel.

L'éminent président du Comité, mon ami Lecaudey, a rappelé devant vous les différentes fonctions qu'a remplies à l'Ecole dentaire le Dr Louis Thomas.

D'autres vous rappelleront ses débuts modestes comme instituteur, son rôle à la Faculté de médecine, dans la presse médicale.

Tous diront quel savant, quel érudit il était ; avec quel dévouement, quelle conscience il remplissait chacune de ses multiples fonctions.

Il m'est dévolu, à moi qui fus son élève et son ami, d'appeler votre attention sur le rôle plus modeste en apparence de conseiller éclairé, désintéressé que Thomas n'a cessé de remplir près des fondateurs de cette Ecole, alors jeunes et inexpérimentés, et qui en a fait pour nous le philosophe, le père intellectuel de l'institution.

Nous ne pouvons mieux faire pour honorer cette chère mémoire

que de remettre en lumière toute la part qu'a prise notre ami aux divers événements de l'histoire de cette Ecole.

Ce retour vers un passé qui contient pour nous tant de souvenirs attachants nous est doux.

Il rappelle à tous ceux qui y ont pris part cette époque d'enthousiasme où, avec l'ardeur de la jeunesse, unissant dans une pensée d'intérêt général nos efforts, notre énergie, nos ressources, nous luttions pour assurer à nos confrères français une situation sociale meilleure.

Cela avait séduit l'esprit généreux de Thomas. Il avait compris qu'il y avait dans cette entreprise autre chose qu'un simple cours de médecine à faire, que c'était l'éveil d'une profession tout entière qu'il fallait guider, conseiller, diriger.

Et avec son amour des causes justes et des humbles, il s'y est employé de toutes ses forces, de tout son cœur, alors que plusieurs de ses confrères hésitaient à nous donner leur concours de peur de se compromettre.

Je voudrais, messieurs, pouvoir vous raconter quelques-unes de ses longues et intéressantes conversations sur nos affaires professionnelles après la clinique du matin ou le cours du soir; je voudrais avoir le temps de vous lire une partie de la longue correspondance que j'ai échangée avec lui pendant ces quatorze années au sujet des divers incidents de l'Ecole pendant ma période administrative; je voudrais surtout avoir le talent nécessaire pour vous faire éprouver l'émotion que j'ai ressentie ces jours-ci en la relisant : c'est la vie tout entière de notre Ecole qui s'y trouve relatée.

La 1re de ses lettres, lettre d'acceptation du cours qui lui est attribué, est tout un programme de l'enseignement que nous créons. Il entre à l'Ecole comme professeur, mais malgré la modicité de ses ressources, il veut aussi être souscripteur.

Appelé à faire la 1re conférence inaugurale, il puise dans sa vaste érudition les éléments du passé de l'odontologie qu'il reconstitue magistralement à travers les âges. Une ère nouvelle commence avec la fondation de cette 1re Ecole dentaire française, et il la salue par ces précieuses paroles d'encouragement que le Comité a été si bien inspiré de reproduire au bas de la photographie qu'il a envoyée à tous les souscripteurs :

« Essayez, essayez encore.

« J'ai foi en l'avenir d'une école fondée par l'initiative privée et rien que par elle. »

Essayez, essayez encore, ne cesse-t-il de répéter à tous ceux qui viennent le consulter chaque fois qu'il y a de nouvelles difficultés à vaincre, des choses difficiles à entreprendre.

Je ne puis vous citer tous les événements dont je retrouve la trace dans cette correspondance.

Il n'en est pas un seul pendant ces quatorze années, heureux ou malheureux, auquel il ne se soit vivement intéressé, nous donnant les précieux conseils qu'il puisait dans son jugement toujours droit, dans son robuste bon sens.

Il était si bon, si accueillant, si tolérant, si indulgent pour les petites faiblesses des autres que tous ceux d'entre nous qui avaient une peine, un ennui, une difficulté venaient le trouver pour avoir son avis : plusieurs de ses lettres sont entièrement consacrées à des plaidoiries éloquentes en faveur d'élèves fautifs, de fonctionnaires, de membres de la société auxquels il va falloir appliquer les rigueurs du règlement.

Mais le temps passe, l'institution a grandi, prospéré. Avec le succès, les adhésions sont venues, nombreuses, quelques-unes éclatantes.

L'Etat approuve ce qui a été fait et veut continuer lui-même l'œuvre d'organisation et d'enseignement professionnel qui a été si bien commencée sans lui.

Thomas est là, à son poste. Il veille sur l'institution qui lui est devenue plus chère avec les années. Toujours clairvoyant, il lutte avec une véritable ardeur de jeunesse pour que cette intervention officielle ne soit pas une simple expropriation.

Mais le personnel s'est transformé. La génération nouvelle n'a pas connu les difficultés de la première heure. Elle est oublieuse du passé.

Des discussions se produisent au sein de nos institutions.

Attristé, mais non découragé, Thomas s'emploie à ramener la concorde.

Il va tenter un dernier appel, lui, le médiateur désigné, lorsque brusquement la mort stupide vient le surprendre au retour d'une mission en Angleterre pour le compte de l'École.

Il n'a pas pu, hélas ! jouir de la grande somme de travail et de connaissances qu'il avait accumulées alors que, plus qu'aucun autre, il avait le droit d'espérer un soir calme après une journée laborieusement remplie.

Ah ! nous avons tous été frappés au cœur par cette triste nouvelle:

Thomas est mort !

Nous avons cru qu'avec lui s'en allait toute l'âme de notre Ecole, que se détachait le dernier lien qui nous avait maintenus si longtemps unis autour de l'institution commune.

Mais la réponse faite à l'appel du Comité a montré que toute foi n'était pas éteinte, puisque nous nous sommes retrouvés pour remplir un dernier et pieux devoir sur la tombe de l'ami qui n'est plus.

Aussi, me faisant ici l'interprète de sa dernière pensée, je vous dis à mon tour, à vous qui avez eu raison de ne pas désespérer :

Essayez, essayez encore.

Pour conserver longtemps sa mémoire, serrez les rangs autour de l'institution à laquelle il a consacré une si grande partie de ses forces, car tant qu'elle vivra, vivra avec elle le souvenir de notre ami Louis Thomas.

DISCOURS DE M. LEMERLE

Messieurs,

C'est avec une profonde émotion que je prends la parole au pied de cette tombe.....

Il y a à peine huit mois, nous étions tous ici, réunis pour adresser l'adieu suprême au regretté Dr L. Thomas. La mort prématurée et inattendue de l'homme qui fut pour la plupart d'entre nous notre maître et notre ami à tous, jeta le deuil et la peine parmi tous les membres de l'Association générale des dentistes de France, que j'ai l'honneur de représenter aujourd'hui. C'est au nom de tous que j'adresse ici un respectueux souvenir à cet homme de bien.

Le Dr Thomas fut, dès le début de l'Association, non seulement notre soutien scientifique, mais notre guide dans la lourde tâche que s'était imposée l'Association des dentistes, d'édifier les différents services que comportait son programme. L'œuvre était grande, remplie de difficultés. Il fallait travailler, il fallait lutter. C'est alors que le Dr Thomas ne nous ménagea ni sa peine ni son travail. Du reste, le maître était un convaincu, il avait foi en nous, et il était heureux d'aider de sa science et de son expérience des jeunes gens encore inexpérimentés.

Sa conviction exista dès les premiers pas que fit l'Association. Aussi ne puis-je résister au désir de répéter ici les paroles que nous savons tous par cœur, paroles qu'il prononça à l'inauguration de l'Ecole dentaire le 13 novembre 1880 : « Vous avez l'ardeur de la jeunesse et l'amour du travail et surtout la foi dans l'avenir... Moi aussi j'ai foi dans l'avenir d'une école créée par l'initiative privée et rien que par elle. »

Il avait raison, notre cher et regretté maître! Sa prédiction d'il y a treize ans s'est accomplie.

Si l'Association générale des dentistes de France est arrivée à compléter son œuvre, c'est-à-dire à créer une école dentaire, la première qui exista en France, c'est grâce à l'énergie et au concours incessant du Dr L. Thomas. La collaboration du regretté savant fut surtout appréciée dans la large part qu'il prit à la rédaction du journal l'*Odontologie*, organe de l'Association et de l'Ecole. Ce journal sut se créer en peu de temps une place importante parmi les journaux spéciaux à l'art dentaire. Ce succès, il le doit en partie au maître.

Il serait trop long de vous retracer ici ses ouvrages et les nombreux articles scientifiques qui remplirent les colonnes de notre journal; d'autres que moi, plus autorisés, vous diront tout à l'heure l'importance de son œuvre.

Les membres de l'Association des dentistes de France, que dis-je, tous les dentistes, sans distinction, n'oublieront jamais la généreuse part de travail et d'effort que nous donna le Dr Thomas ; aussi son nom restera-t-il attaché à notre histoire professionnelle.

Dans un mouvement spontané de reconnaissance, ses amis, ses confrères, l'Ecole dentaire et l'Association générale des dentistes

de France ouvrirent une souscription pour élever un monument à l'ami, au maître que chacun pleurait.

Six mois plus tard, le bronze, sous la main habile de son ami, M. Millet de Marcilly, reproduisait magistralement les traits de l'homme que nous regrettons.

Qu'il me soit permis ici de remercier publiquement, au nom de tous, l'artiste qui, par son grand art, nous permet de reconnaître, sur ce bronze, cette figure aimable, sur ce front, le grand penseur, dans ces yeux et dans cette bouche, le fin causeur que nous aimions tant à entendre.

L'Ecole dentaire possédera le même buste et les élèves qui viendront dans l'avenir connaîtront les traits de l'homme qui contribua au relèvement moral et scientifique de la profession, et tous apprendront à le saluer avec respect et reconnaissance.

Enfin, messieurs, une dernière marque de souvenir et de reconnaissance existera dans son pays natal, où une plaque de marbre indiquera à tous qu'il y est né un homme de bien et de science, regretté et pleuré.

DISCOURS DE M. ROY

Mesdames, Messieurs,

Chargé par le Comité de souscription de prendre la parole à l'inauguration du monument élevé sur la tombe de mon cher et regretté maître au nom de ses anciens élèves, j'ai accepté cette tâche qui était pour moi un doux et pénible devoir. Tous ceux qui savent quelle vénération je portais au docteur Thomas comprendront en effet que ce n'est pas sans une vive émotion que je parle en cette circonstance ; mais aussi je suis heureux de venir ainsi moi-même rendre publiquement hommage à ce bon et excellent homme à qui je dois tant.

Plein de bonhomie, prodiguant sans compter son vaste savoir, le Dr Thomas n'avait pas des élèves, il avait des amis. Tous, nous nous souvenons de ces savantes leçons où le professeur mettait tout en œuvre pour faire saisir ses démonstrations, ne craignant pas de répéter une explication s'il percevait un doute dans l'esprit de son auditoire, multipliant les interrogations afin de s'assurer si son cours avait été compris, ne refusant jamais un renseignement qu'il était toujours prêt à donner.

Il aimait et encourageait les travailleurs ; mais il ne se contentait pas de leur donner des encouragements plus ou moins platoniques, il leur prodiguait son temps et sa peine pour le seul plaisir de faire le bien. Il était heureux d'aider de ses leçons des jeunes gens désireux de s'instruire, les distinguant d'entre les autres, les encourageant dans leurs efforts et les prenant avec lui. A ceux qu'il n'allait pas chercher lui-même, il suffisait de frapper à sa porte et de lui dire : « Je voudrais m'instruire, » et, plein de bonté, il leur ré-

pondait aussitôt, interrompant ses travaux : « Asseyez-vous là et travaillons. » Et ce n'était pas pour un jour !

Combien ont été accueillis ainsi ! Combien lui doivent leurs grades, leur situation !

Ce sont ceux-là, encore plus que les autres, qui ont été à même d'apprécier sa bonté et sa science inépuisables. Quel charme leur a laissé ce causeur aimable et érudit, émaillant sa conversation d'anecdoctes, de souvenirs, de savantes digressions ! Quelle admiration n'ont-ils pas ressentie devant le savoir de cet homme à qui on était tenté d'appliquer le *de omni re scibili* !

Mais ce fut par-dessus tout un homme juste et libéral, épris de toute idée noble et généreuse, et de plus, ce qui le rendait encore plus cher à tous, un homme bon dans la plus large acception du mot. Il ne croyait qu'au bien, se refusait absolument à croire au mal ; il était incapable de refuser un service s'il était en son pouvoir de le rendre et nous savons tous, nous qui sommes ici, combien il eut d'occasions de le faire.

Quel plus puissant contraste que la haute science de cet homme et sa simplicité, sa modestie, son désintéressement ? N'est-ce pas bien là la marque de ces esprits supérieurs en toute chose qui s'imposent par leur supériorité seule sans avoir besoin d'aucun artifice extérieur ?

Ainsi qu'on le disait au moment de ses obsèques, il était devenu pour quelques-uns de ses élèves un véritable père intellectuel. Je suis vraiment fier d'avoir été de ceux-là et d'avoir pu, dans une fréquentation constante de plusieurs années, apprécier un peu l'étendue de son esprit.

Que n'eût-on pas fait pour un tel homme ? Quelle reconnaissance lui doivent tous ceux qu'il a fait travailler auprès de lui ! Chacun de leurs succès était une fête pour lui ; je vois toujours sa bonne figure souriante, sa joie lorsqu'il apprenait l'heureux résultat d'un examen.

C'est en un jour comme celui-ci que l'on regrette de ne pas avoir une éloquence à la hauteur des sentiments de gratitude, de vénération, mais malheureusement aussi de tristesse qui emplissent le cœur.

Je pourrais vous dire alors les regrets qu'il a laissés à nous tous, je vous dirais aussi combien m'est et me sera toujours sensible la perte d'un homme qui était pour moi un second père et qui était associé dans ma pensée à toute ma vie.

Enlevé d'une façon si prématurée à notre reconnaissance, il nous laissera du moins un grand exemple à suivre : souvenons-nous de sa vie, de ses leçons, de ses conseils ; aimons comme lui le travail, la liberté, la justice ; efforçons-nous d'être bons comme lui ; ce sera certainement la meilleure manière d'honorer sa mémoire.

DISCOURS DE M. JEAY

Messieurs et chers collègues,

Nos maîtres viennent de vous rappeler l'œuvre bienfaitrice et l'œuvre scientifique du cher défunt ; ils ont fait revivre à vos yeux sa sympathique figure et vous ont dépeint son caractère dévoué envers ses amis et ses collègues. Au nom des diplômés, au nom de la jeunesse dont il a dirigé les premiers pas dans la carrière, j'ai un dernier hommage à rendre à sa mémoire.

Le Dr Thomas était non seulement notre professeur, mais aussi notre ami. Sachant nous captiver par les secrets merveilleux de l'art de guérir, nous encourageant par de bonnes paroles, aidant les réfractaires par des raisonnements clairs, simples et justes, il se mettait à la portée de tous, s'occupait du faible comme du fort et, par ce fait même, se faisait aimer de tous ses élèves. J'ai lu quelque part que le meilleur moyen de se faire respecter était de se faire aimer, et il n'est personne parmi nous qui ne vénère sa mémoire Nous le voyions tous, le matin, à la clinique, allant de fauteuil en fauteuil, l'humeur égale, s'enquérant des travaux de chacun, nous expliquant avec une patience infinie, avec simplicité et bonhomie, les cas intéressants que nous rencontrions. Il avait toujours quelque histoire, quelque anecdote spirituelle à nous raconter pour nous mettre plus facilement en mémoire ce qu'il venait de nous apprendre et nous faire paraître la tâche moins ardue. L'aurait-on dérangé dix fois, qu'il vous eût toujours répondu avec la même complaisance, n'épargnant pas son temps, et l'heure de partir arrivait qu'il ne s'en doutait guère, si heureux qu'il avait été pendant les trois heures passées parmi nous. On vous rappelait tout à l'heure sa valeur linguiste. Comme il savait utiliser la science et la mettre au profit de tous! Combien d'étrangers venus chez nous s'instruire ont été heureux de le trouver et avec quelle sollicitude ce grand grand penseur les accueillait ! S'il est vrai que l'hospitalité est une qualité française, notre cher mort l'était bien Français ! Pour lui, la science n'avait pas de patrie ; il tendait même plus volontiers la main à l'étranger qui, par le fait de la différence des langues, se trouvait dans un état d'infériorité, cherchant ainsi à niveler les partis, à rendre la lutte plus égale, tant il possédait cet esprit de justice qui impose toujours le respect.

Dans ses cours, il avait au plus haut point cette qualité du professorat qui consiste à enseigner peu à la fois, mais en se faisant comprendre de tous. Guidé par lui, nous allions tranquillement, sagement, à travers les chemins difficiles de la pathologie, et nous arrivions au but, surpris de l'atteindre déjà, heureux d'avoir franchi bien simplement des écueils qui de loin nous paraissaient effrayants. Avec lui, la tâche était facile ; ses cours étaient une sorte de causerie scientifique entre bons camarades, et les heures passaient, et nous nous instruisions en nous amusant. Poussant très loin le devoir professionnel, il questionnait chacun de nous, s'efforçant de connaître, non pas, comme il le disait, ce que nous savions,

mais bien ce que nous ne savions pas; car aussitôt notre point faible connu, cet homme était heureux de pouvoir nous rendre encore une fois service et, bien vite, il complétait notre léger bagage scientifique, y ajoutant ce qui manquait. Aussi pour les matières de son cours, voyait on sans effroi approcher les examens de fin d'année, confiant et plein d'assurance, car on le savait juste et bon.

Voilà, messieurs, ce que fut ce professeur dévoué, cet ami sincère de tous les instants. Adieu donc, cher maître et ami, salut à ton visage vénéré et encore une fois merci au nom de tous ceux qui ont travaillé sous ta direction.

DISCOURS DE M. ROGER

Messieurs,

On nous a retracé la vie du savant, du professeur distingué et dévoué. A ces différents points de vue, on nous a rappelé ce qu'était le Dr Thomas. Mais il n'a pas été seulement un savant, il a été un médecin, et c'est la médecine qui a bénéficié de sa science, car c'est à son profit qu'il a en quelque sorte synthétisé ses connaissances si variées, sa grande érudition. Le Dr Thomas étant donc avant tout un médecin, il en était digne; il appartenait tout entier au corps médical qu'il a grandement honoré. Et cependant la plus belle page de sa vie ne nous a point été racontée, à nous qui sommes pieusement réunis sur sa tombe dans la commune pensée de louer les qualités, les vertus et la science de notre cher mort. Je frissonne! Serait-ce donc déjà le commencement de l'oubli? Non, je n'y puis croire. Quoi qu'il en soit, messieurs, je le dis bien haut, le corps médical, dûment prévenu, a manqué d'esprit de corps et de solidarité en s'abstenant de venir à notre cérémonie. C'eût été son devoir vis-à-vis de tout membre quelconque de cette grande famille de médecins composée d'hommes de cœur. Vis-à-vis du Dr Thomas, cette abstention est une lacune bien regrettable de la part de ses confrères et pour beaucoup d'entre eux un acte d'ingratitude. La tâche était cependant bien belle et singulièrement facilitée par la noble figure du docteur. Bornons-nous donc, mais disons tous ensemble ce que nous pensons tout bas: « La place méritée par le Dr Louis Thomas sur le livre d'or de la médecine est à la première page, car sa science, ses connaissances multiples, sa profonde érudition sur toutes choses et en toutes matières en avaient fait, sinon le médecin le plus célèbre, du moins le médecin le plus savant de de France. » Oui, je le répète et, messieurs, en l'absence de personnes autorisées pour le proclamer ici, répétez-le avec moi dans un même sentiment d'admiration pour ce grand savant: le Dr Thomas était le médecin le plus savant de notre pays. Nous ferons ultérieurement connaître sa vie scientifique et ses écrits.

Aujourd'hui j'accomplis un pieux devoir en venant rendre hommage à sa mémoire : en faisant connaître à ceux qui ont moins vécu

dans son intimité, la fermeté, la droiture de son caractère, l'honnêteté, la probité et les qualités de cœur de notre regretté ami.

Quand on envisage dans leur ensemble tous les actes importants de cette vie si exemplaire, si bien remplie, on trouve toujours comme marque distinctive de son caractère: un sentiment profond de l'honnêteté, de la bonté, de la justice, de la dignité, de l'indépendance. On peut dire de lui qu'il n'a jamais connu l'intrigue, ni les compromissions. « Tout par le travail et rien que par le travail, » telle semblait être sa devise. Vous ne trouverez pas dans toute sa vie un seul acte, un seul fait procédant de la plus légère défaillance; c'est qu'il considérait le patrimoine de l'honneur comme le bien le plus précieux de tous; et comme il surveillait surtout l'intégrité de ce patrimoine-là! Hélas! pourquoi les hommes qui offrent tant de garanties d'honneur et d'incorruptibilité ne sont-ils pas à la tête des collectivités, quelles qu'elles soient? Les deniers publics seraient en bonne garde, ils ne seraient point dilapidés, soyez-en sûrs; quelle sécurité pour la chose publique ou privée au double point de vue de l'intégrité et de la compétence!

Mais malheureusement ce ne sont point ces natures-là qui recherchent les fonctions publiques. Elles préfèrent le temple serein de la science aux luttes du forum ou aux vicissitudes de la politique.

Une petite anecdote va vous peindre un des côtés de son caractère.

A l'origine, le Dr Thomas se destinait à l'enseignement primaire. Doué de cette prodigieuse mémoire et de cette remarquable intelligence que nous lui avons connues, il occupait le premier rang à l'Ecole normale. Les programmes de cette Ecole, malgré leur complexité, n'étaient qu'un jeu d'enfant pour lui, si je puis m'exprimer ainsi. Sa curiosité naturelle, son désir de connaître et de s'instruire était si vif, si impérieux qu'il occupait ses loisirs en étudiant les langues vivantes; il avait même fait une petite incursion dans le domaine des langues mortes. En bonne justice et au point de vue de l'intérêt général, l'Académie aurait dû lui assurer un poste relativement important. Nous savons avec quel profit pour tous il se serait acquitté de sa tâche! Il n'en fut rien, on le relégua dans l'une des petites communes du département de l'Orne. La raison de cette disgrâce? me direz-vous. L'empire florissait; de toutes parts on chantait en termes dithyrambiques les bienfaits et les avantages de ce régime incomparable. Lui — et ils étaient bien peu nombreux, car il y avait un certain courage à le faire — ne partageait pas l'enthousiasme général. Sa droiture, son honnêteté ne pouvaient lui faire admettre le parjure; d'un autre côté, il est possible que ses tendances personnelles le portassent naturellement, dès cette époque, vers la forme républicaine. Quoi qu'il en soit, en haut lieu il était suspect de républicanisme. Il lui appartenait sans conteste de préconiser les avantages de cette forme de gouvernement, car il avait bien toutes les vertus de ces hommes qui ont rendu célèbres les républiques antiques! Le crime était grand à cette époque et de nature à légitimer la plus criante injustice.

Installé dans cette toute petite commune, au cours d'une période électorale, le candidat officiel, bien renseigné d'ailleurs, fit sa visite à l'instituteur et lui dit : « Je sais, monsieur l'instituteur, que je ne dois pas compter sur votre concours ; mais, comme candidat officiel, *nous avons droit* à votre neutralité. » L'attentat à la liberté de l'homme était manifeste ; la pression, la menace ne l'étaient pas moins. Le candidat s'attira cette fière réponse : « Je ne suis ni électeur, ni *éligible*. Ce sont là les seules raisons qui feront que je demeurerai étranger aux *prochaines* élections. » Il n'avait point encore la majorité politique. Avec cette indépendance-là, vous sentez à merveille qu'il n'avança pas, malgré ses droits à l'avancement. Ce cher ami n'était point né pour les carrières administratives, il n'avait point cette souplesse de caractère exigée à cette époque ; il le sentit et démissionna.

S'il avait eu un sentiment moins vif de sa propre dignité, nous n'aurions jamais eu, ni connu le Dr Thomas. C'eût été regrettable. A coup sûr les hommes tels que lui savent se rendre utiles dans tous les milieux où ils vivent ; mais enfin il faut reconnaître que la sphère d'action, la part d'influence du docteur n'eût plus été la même en province qu'à Paris.

Nous connaissons tous avec quel travail opiniâtre, quelle ardeur infatigable le Dr Thomas se livrait à ses occupations si chères, avec quelle énergie, quelle patience il fouillait les archives françaises et étrangères (il parlait la langue et lisait la littérature de presque tous les pays d'Europe, à ce point qu'aujourd'hui même, si le destin lui avait permis de partager notre enthousiasme patriotique, il aurait eu le bonheur de manifester dans l'idiome même de nos sympathiques alliés). Nous nous rappelons quel acharnement, quel souci de la vérité il apportait quand il s'agissait de faire la lumière sur une question quelconque, sur un point d'histoire, ou bien de faire revivre une époque, un homme. De l'énergie ! Vous allez voir comme il en a fait preuve à Paris ; quelle force, quelle ténacité, quel esprit de suite il lui a fallu employer pour devenir le docteur Louis Thomas.

Ayant démissionné, âgé de vingt ans à peine, l'âge de tous les enthousiasmes, il vint à Paris. Ce cadre était mieux fait pour ses aptitudes extraordinaires, prodigieuses, répétons-le. Son imagination était remplie de grands projets, de belles conceptions, mais les ressources étaient légères, plus que légères. Ce n'était pas le moment de caresser les rêves d'avenir, de s'abstraire dans des théories philosophiques ; le présent était impérieux, il fit des adresses sur bandes dans la maison Bonnard-Bidault ! Le premier jour il gagna deux francs et il put, le soir, savourer, en compagnie de son excellent ami Louis Ernoux, son dîner composé d'un morceau de saucisson. Jamais il ne parut plus heureux. « Voilà le meilleur repas de ma vie, dit-il, je viens de le gagner. » Je me suis permis de relever ce petit détail uniquement dans le seul but de vous faire voir ce grand caractère dans toutes les situations de sa vie.

Des hommes de cette trempe-là, si des circonstances les placent

en dehors de leur voie naturelle, ce ne peut être qu'un léger incident dans leur vie, car bientôt on les voit reprendre le cours de leur vocation un moment interrompue! L'étude était sa passion, elle s'était emparée de lui de bonne heure : dès sa plus tendre enfance elle eut pour lui un attrait irrésistible. Il rentre bientôt dans l'enseignement libre, tantôt comme maître d'étude, tantôt comme répétiteur. N'était-il pas à Paris, ce véritable foyer scientifique! Il consacre ses loisirs à l'étude des auteurs classiques, passe avec succès ses baccalauréats, se fait recevoir docteur en médecine, et tout cela sans le secours de personne. N'est-ce pas la démonstration la plus éclatante que, dans une société démocratique, les plus humbles, les moins favorisés de la fortune peuvent cependant aspirer à occuper les plus hautes régions intellectuelles? Ne nous plaignons pas d'un état social qui donne libre cours à de telles évolutions!

Inspirez-vous, jeunes gens, des exemples qu'il nous a donnés. Ne perdez pas de vue que, dans notre libre pays de France, les situations libérales ne sont plus l'apanage exclusif des castes privilégiées; le docteur nous a démontré qu'il n'y avait point de barrières infranchissables pour quiconque sait allier à une volonté persévérante une vie sagement ordonnée.

Pourvu du titre de docteur, il ne voulut point faire de clientèle; il préférait ses chères études et demander sa subsistance à un travail difficile, ardu, longtemps peu rémunérateur. Ce qui fut sa grande force, c'est que le Dr Thomas ne se préoccupait point des questions d'ordre matériel. Son bonheur était de faire des travaux d'érudition. Ses habitudes étaient simples, d'une simplicité toute primitive. Il était heureux, très heureux même, au milieu de ses livres; ayant peu de besoins, il vivait exempt de soucis. Personne ne peut dire qu'il eut jamais la pensée de parvenir au luxe.

Par ses travaux non seulement il enrichissait la littérature médicale, mais encore il trouvait le temps nécessaire pour rendre les plus grands services à ceux qui l'ont approché. On a dit que l'amitié d'un grand homme était un bienfait des dieux; nous qui avons profité de la science d'un homme de cœur, nous pouvons affirmer que l'amitié du Dr Thomas a été un bienfait pour un grand nombre de ses amis. Combien sommes-nous, réunis autour de sa tombe, qui avons bénéficié de sa vaste érudition? Combien sommes-nous à qui il a donné les meilleurs conseils? Il avait conquis un tel ascendant parmi ses amis qu'aucun de nous n'aurait mis un projet à exécution sans en avoir préalablement appelé à sa sagesse, à son expérience des hommes et des choses; et comme il s'y prêtait de bonne grâce, sans autre avantage que la satisfaction du service rendu! Son grand cœur était la source inépuisable des plus belles pensées et des actions les plus méritantes. Il ne fut jamais effleuré par un sentiment égoïste. Oui, il aimait la science, mais il la voulait pour tous. Il ne lui suffisait pas d'avoir conquis des titres, fort estimables à la vérité, il voulait aussi que ses amis en eussent. Il n'était pas jaloux de leurs lauriers, il y applaudissait avec ces élans de cœur qui ne trompent personne. Vous vous les rappelez, n'est-ce pas? Comme

ils étaient expressifs et dénotaient un bon et loyal cœur! Combien y a-t-il de malades amis qui se sont adressés au médecin, et jamais en vain, s'ils se trouvaient surtout dans une situation de fortune peu aisée! Il prenait, sans compter, sur le temps qu'il consacrait à ses écrits; et on voyait celui qui n'avait pas cru devoir faire de la clientèle, pour ne pas être distrait de son cabinet, multiplier ses visites, donner ses soins avec un dévouement qui n'avait d'égal que son grand désintéressement. Il aurait voulu la notoriété pour tous; il ne la recherchait pas pour lui. Avec quelle abnégation de lui-même n'a-t-il pas mis sa science, son grand talent d'écrivain, sa force de dialectique au service de tous!

Quel grand cœur! Aussi comme je comprends maintenant la portée de cette maxime, qu'il avait mise au bas d'un dessin représentant une église: « *Ubi cor, ubi thesaurus.* » Cette juxtaposition était une réponse directe à cette prétention de l'Eglise qui consiste à dire « qu'en dehors d'elle il n'y a point de salut ». Comme beaucoup d'esprits cultivés, il était sceptique à l'endroit des dogmes imposés à notre croyance; il ne croyait guère aux miracles ni au merveilleux et ne considérait comme vraiment établies que les vérités d'ordre scientifique. A cette devise de l'Eglise, il opposait celle qui a été le culte de toute sa vie: « Où est le cœur, là est le trésor. » Quand on envisage la vie si exemplaire du Dr L. Thomas, quand on récapitule le nombre presque incalculable des services qu'il a rendus, on est amené à s'écrier: Oui, ce qui fait l'homme vraiment bon, vraiment utile, l'homme de bien sur cette terre, ce n'est pas l'observance, même sincère, de pratiques religieuses souvent stériles. A celui-là on préférera toujours l'homme qui professe l'amour de l'humanité en se dépensant sans compter pour améliorer la situation de ses semblables, en faisant le bien autour de lui, sans autre but que de leur être utile. A ces derniers nous leur devons, et c'est bien le moins, une reconnaissance éternelle. Telle fut la vie du Dr Thomas.

Vous vous souvenez aussi de ces heures charmantes que nous passions auprès de lui; quelle conversation attrayante, instructive; en le quittant après ces bonnes causeries dont il était prodigue, à notre grande joie, on se sentait tout à la fois et plus fort et meilleur, tant il respirait l'honnêteté, la bonté et, j'ajouterai à dessein, la moralité. Ai-je besoin de dire qu'il était simple, naturel, qu'il avait horreur de l'affectation, détestait le bruit et se souciait peu de la notoriété officielle?

De plus, il était égalitaire par tempérament. Ah! ce n'était pas un vain mot pour le Dr Thomas, que ce mot égalité. Ce n'est pas lui qui classait les gens par catégories, par nationalités, qui modifiait son attitude, ses manières suivant la condition sociale de celui avec qui il se trouvait en rapport. Dans toute personne, maître ou domestique, il voyait avant tout l'homme. En conséquence, il accueillait l'un et l'autre avec la même bienveillance, j'ajouterai, pour bien rendre mon idée, avec les mêmes égards. Vous énumérerai-je ses actes de délicatesse, de désintéressement, d'abnégation de lui-

même? Non, ce serait nous conduire trop loin, car sa vie en était remplie.

C'est bien ainsi, n'est-ce pas, que le Dr Thomas vous est apparu? Je ne crois pas que l'amitié que j'avais pour lui m'ait porté à exagérer les qualités de cœur de ce généreux ami, qu'une mort cruelle et injuste nous a ravi si prématurément. Que de trésors de science et de bonté ont été perdus pour nous si soudainement, si inopinément ! N'était-il pas encore à un âge où l'on peut espérer vivre longtemps pour les siens, pour ses amis? Pourquoi ces natures d'élite sont-elles souvent celles qui passent si vite au milieu de nous? Est-ce donc pour augmenter encore le fardeau, déjà bien lourd, de nos misères en ajoutant à toutes les infirmités dont nous sommes menacés la tristesse de voir disparaître de notre scène de tels hommes, à un âge si plein encore de belles promesses? Hélas ! confinés dans notre impuissance, nous ne pouvons que nous incliner devant l'inéluctable et triste destinée.

Son souvenir sera toujours vivant parmi nous. Sa mémoire ne nous a-t-elle pas été léguée par le bien qu'il nous a fait? C'est à nous qu'il appartient de la sauver de l'oubli. C'est notre dette sacrée. Non, son souvenir ne s'effacera pas, j'en ai pour sûr garant l'intérêt que nous portons à nos enfants. Lorsque dans nos enseignements nous leur recommanderons de se conduire en honnête homme et que nous leur ferons un tableau des qualités requises pour devenir un homme de bien, nous aurons la certitude que le *type idéal de l'honnête homme*, dans toute l'acception du mot, n'est pas au-dessus des forces humaines en pensant à la vie vécue du Dr Louis Thomas.

Merci, messieurs, merci au nom de la veuve, au nom de la famille, de votre attention si délicate, si touchante. Sur l'initiative de l'Ecole dentaire de Paris, et grâce au ciseau du sculpteur de talent, M. Millet de Marcilly, elle pourra encore voir les traits de celui que nous pleurons, contempler sa physionomie si douce et son regard profond qui décelait un penseur et un érudit. Puissent cette spontanéité, cet hommage de reconnaissance adressé par vous tous à la mémoire de cet homme de bien adoucir l'amertume de ses larmes.

Merci à vous tous, qui avez salué la grandeur, la générosité, alors même qu'elle s'incarnait dans le plus modeste des hommes.

Merci à l'Ecole dentaire de Paris, qui a su honorer dignement et solennellement la mémoire du Dr Thomas.

CORRESPONDANCES SPÉCIALES DE LA *REVUE INTERNATIONALE D'ODONTOLOGIE*

LETTRE DE RUSSIE

Par M. G. P. Schleier.

Monsieur le directeur,

Voulez-vous me permettre de faire connaître aux lecteurs français comment les différends se tranchent dans mon pays?

Voici ce qui s'est passé tout dernièrement chez nous. Quelques professeurs de l'école dentaire de Saint-Pétersbourg qui en voulaient à un de leurs collègues s'efforcèrent de monter une cabale contre lui et firent échouer à l'examen une élève, Mlle Tabério, que le professeur en question protégeait. Mlle Tabério s'adressa alors à la direction de l'établissement; une commission fut formée, d'une façon irrégulière, à l'effet d'examiner sa plainte, qui fut rejetée en définitive. La jeune fille, prise d'un accès de désespoir à cette nouvelle, se suicida à l'aide d'un poison, et le gouvernement, à la suite de cette déplorable affaire, ordonna la fermeture de l'école qui était en exercice depuis onze ans.

Vous voyez que nous pouvons dire comme votre grand comique:
Nous vivons sous un prince ennemi de la fraude.

Soucieux de relever la condition des dentistes, le bureau de la Direction de médecine leur a défendu, par circulaire du 15 juin, d'insérer des annonces qui étaient de véritables réclames de boutiquiers. On y promettait des extractions sans douleur, on y vantait des médecines merveilleuses, on faisait valoir des titres pompeux de membre de l'Académie belge ou française, on garantissait enfin sa méthode de pose des dents, le tout flanqué d'une vignette qui était censée représenter le fauteuil du célèbre, modeste et charitable praticien.....

Ne pensez-vous pas comme moi que cette mesure serait bonne autre part que dans l'Empire russe?

Ces réclames trop impudentes ont vécu. Désormais, il ne sera permis d'indiquer que son adresse, son nom et les heures de consultations. Mais le gouvernement russe a corrigé encore un abus que voici.

Les praticiens à annonces ronflantes se faisaient communément appeler « médecins-dentistes ». Or, d'après la loi du 11 juin 1891, sur la réorganisation de l'enseignement dentaire, le grade de médecin-dentiste ne doit être conféré qu'aux personnes qui auront fait leurs études dans une école dentaire, tandis que les autres aspirants qui auront fait leur apprentissage de 3 ans chez un dentiste n'ont droit, après avoir subi une épreuve devant une commission composée d'un inspecteur de médecine et de deux praticiens, qu'au grade de dentiste. Il est vrai que les simples dentistes n'ont qu'à passer une autre épreuve instituée à cet effet aux facultés de mé-

decine et à l'Académie de médecine militaire pour obtenir le droit de prendre le titre de « médecin-dentiste ».

Notre éminent confrère, M. J.-J. Khroustchoff, a obtenu l'autorisation de fonder une école dentaire à Saint-Pétersbourg. M. Khroustchoff, qui, en ce moment, se trouve en Amérique pour y représenter les dentistes russes en qualité de délégué au Congrès dentaire de Chicago, se dispose à élaborer pour son établissement un programme d'après lequel on y suivra la méthode de Paris dans les opérations et l'enseignement théorique et celle d'Amérique pour la prothèse. On assure qu'il a déjà offert des emplois de professeur à des dentistes russes, anciens élèves de l'Ecole dentaire de Paris.

Notre confrère M. Randorf a émis des doutes sur la régularité de la nomination de M. F.-I. Washinsky à la présidence honoraire de la section russe au Congrès de Chicago et il sollicite qu'en présence des faits signalés, l'affaire soit examinée à nouveau par le comité. Il n'a pas de chance, ce pauvre M. Washinsky. Son école, on l'a fermée, ainsi que nous le disons plus haut, et maintenant on lui conteste jusqu'au droit d'être président honoraire !...

Un peu de statistique pour finir.

M. Lévi, dentiste, a fondé, le 20 août 1891, une clinique dentaire à Varsovie. Depuis le 1er octobre 1891 jusqu'au 30 mai 1892, il y est venu 11.461 malades; on a soigné 6.379 cas d'affections dentaires; 3.714 dents ont été obturées au ciment et à l'amalgame; 685 dents l'ont été à l'or; 2.347 personnes se sont fait extraire des dents; le chloroforme a été employé chez 152 personnes; on a posé des dents à 508 malades. Toutes les opérations ont été faites et les soins ont été prodigués à titre gratuit. On ne payait que le prix des matériaux nécessaires au plombage et à la prothèse. La clinique contient 30 fauteuils.

En présence de ces brillants résultats obtenus par l'initiative généreuse d'un particulier, ce n'est que justice d'en féliciter notre éminent confrère.

P. S. D'après la statistique du recensement, il y a à Saint-Pétersbourg 1 dentiste sur 8.000 habitants, 1 médecin sur 356 et 1 pharmacien sur 1.828.

Lettre des États-Unis

Philadelphie, septembre 1893.

Mon cher Directeur,

Je réunis les documents que vous m'avez demandés sur la constitution et le fonctionnement de la Société du 1er district de l'Etat de New-York dont l'importance est considérable dans le mouvement professionnel dans notre région de l'est.

Les sociétés dentaires sont nombreuses aux Etats-Unis, et aujourd'hui je voudrais signaler aux lecteurs de la *Revue Internationale* l'existence d'une société nouvelle qui montre bien l'importance du mouvement féministe dans ce pays et la tendance au groupement

de ceux et même de celles qui l'habitent. Je veux parler de la Société des femmes dentistes fondée à Philadelphie le 19 mai 1892. Elle est en bonne voie de devenir sinon par le nombre, tout au moins par les capacités de ses adhérentes, au même niveau scientifique que les autres sociétés du même genre. Elle se compose de Membres actifs et de Membres associés. Les premiers doivent être diplômés d'un des collèges des Etats-Unis. Les membres associés ou honoraires sont recrutés parmi les dentistes ayant exercé avant le passage de la loi régularisant l'art dentaire ou ayant passé leurs examens devant le jury de l'Etat dans lequel elles exercent.

Quoi qu'il en soit, tout membre a le droit d'assister aux séances et participe aux lectures ou discussions si bon lui semble.

Les réunions ont lieu chaque mois sous la présidence de Mademoiselle Marie Stilwerlt, une des fondatrices de la société ; ces réunions auxquelles assiste l'élite de la profession sont fort intéressantes. A chaque séance un article traitant de pathologie, de pratiques dentaires, de matières médicales ou de déontologie est lu et discuté entre les membres présents. La courtoisie apportée à ces séances, même dans les plus chaudes discussions est toujours la même, et, ceci soit dit sans critique, il serait à souhaiter qu'il en soit de même dans les nôtres. Là les rivalités professionnelles n'existent aucunement; le seul but de chaque membre est d'apporter la somme de ses connaissances au bien-être de la société et à l'avancement de l'art dentaire. Les médecins se font fort d'assister à ces réunions et y apportent même le résultat de leur expérience ou de leur pratique concernant l'odontologie. Toutes les communications lues sont publiées chaque année et forment une petite publication qui est envoyée à chaque membre.

Emile Verdier.

PATHOLOGIE DENTAIRE ET BUCCALE

Par Maurice Roy.

I. Lipome de la langue. — II. Angiome de la langue. — III. Macroglossie. — IV. Du traitement chirurgical de la névralgie faciale. — V. Nouveau mode de perforation de l'antre d'Higmore. — VI. Intoxication mercurielle chronique. — VII. Recherche du champignon du muguet.

I. — Lipome de la langue

Les lipomes de la langue sont très rares; on n'en trouve qu'un très petit nombre d'observations dans la littérature médicale.

M. Weil en a communiqué un beau cas à la Société médicale de Reims. Le malade qui faisait le sujet de cette communication était un malade du service de M. Decès. C'est un homme de 71 ans, alcoolique mais sans antécédents syphilitiques. Il y a trois ans, il s'est aperçu de la formation d'une petite grosseur sur le bord droit de

la langue à quatre centimètres de la pointe; cette tumeur a grossi insensiblement et n'a jamais été douloureuse.

Lorsqu'on l'examine, on constate, au siège précédemment indiqué, une petite tumeur oblongue non pédiculée et paraissant se prolonger dans l'épaisseur de la langue; elle a une faible consistance, présente une fausse fluctuation et a une coloration jaunâtre. Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire, pas de douleur. Le diagnostic de lipome fut porté par M. Decès, ce qui fut confirmé par l'opération.

La tumeur fut enlevée au bistouri et la guérison s'opéra en quelques jours.

II. — ANGIOME DE LA LANGUE

Si le lipome de la langue est très rare, l'angiome de cet organe l'est infiniment moins. M. Riehl vient d'en présenter un cas occupant la moitié gauche de la langue à la société império-royale des médecins de Vienne (*Bulletin Médical*). Cet angiome présentait cette particularité qu'il avait une certaine dureté attribuée par l'auteur à des thromboses qui se seraient produites dans la tumeur.

III. — MACROGLOSSIE

M. Leah a opéré un enfant de cinq ans atteint de macroglossie (*British Méd. Journ. — Bulletin Médical*). Ce petit malade avait été autrefois atteint d'une grenouillette qu'on avait traitée successivement par différents procédés (ponctions, incision et drainage). A la suite de ces traitements répétés, la langue s'était épaissie et bientôt elle était devenue volumineuse.

Au moment de l'entrée, la langue était hors de la bouche (6 centimètres environ); elle était uniformément hypertrophiée, mais nullement ulcérée. L'enfant ne souffrait pas et pouvait manger des aliments solides. L'état général était bon.

M. Leah fit la résection de la partie antérieure de la langue. L'hémorragie fut peu abondante; les deux bords supérieur et inférieur de la langue furent suturés à l'aide de fils de soie.

L'enfant fut nourri exclusivement au lait pendant quatre jours. Des lavages fréquents de la bouche furent faits. Dès le quatrième jour on enleva un des fils de suture et le septième jour le dernier fut enlevé.

L'enfant quitta l'hôpital quelque temps après, complètement guéri.

IV. — DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA NÉVRALGIE TRIFACIALE

M. Février a communiqué au Congrès de chirurgie l'observation d'un malade auquel il a réséqué le nerf maxillaire supérieur et le ganglion de Meckel pour une névralgie trifaciale dont le début remontait à vingt-deux ans et à qui on avait réséqué sans succès les nerfs sus et sous-orbitaires.

L'auteur a effectué son opération par la méthode Braun-Lossen

modifiée par Segond (Voir *Revue Internationale d'Odontologie*, 1893, p. 274) qui consiste dans une résection temporaire de l'os malaire, et le détachement des insertions du temporal qui mettent à nu la fosse temporale et la fosse ptérygo-maxillaire et permettent la résection du nerf maxillaire supérieur et du ganglion de Meckel.

Le malade n'a pas souffert depuis l'opération.

M. Chalot a déjà fait trois opérations semblables (Voir *Revue Internationale d'Odontologie*, 1892, p. 87). Un de ses opérés n'a pas eu de douleurs depuis quinze mois, mais les deux autres ont vu apparaître des douleurs dans la région innervée par le maxillaire inférieur.

M. Doyen, de Reims, pour combattre un cas rebelle de névralgie, a enlevé le ganglion de Gasser, opération conseillée et pratiquée par Rose et Horsley mais qu'il a faite par un procédé personnel. Il a pu enlever le ganglion de Gasser avec un centimètre et demi des branches ophtalmique et maxillaire supérieure et trois à quatre centimètres des nerfs dentaires inférieur et lingual.

Le malade n'a pas eu de douleurs depuis l'opération et, contrairement à ce qui s'était produit chez les opérés de Rose et de Horsley, il n'y a pas eu de troubles trophiques du côté de l'œil, troubles qui, d'après M. Doyen, sont dus au traumatisme dans les expériences sur les animaux ; c'est le sympathique seul qui préside à la nutrition du globe oculaire.

V. — NOUVEAU MODE DE PERFORATION DE L'ANTRE D'HIGMORE

Lorsque, pour faire le diagnostic de l'empyème du sinus maxillaire, il faut faire, dans les cas douteux, l'ouverture du sinus par le méat inférieur, M. Moure se sert du galvano-cautère. Il place la pointe sur la paroi du sinus au point où on veut l'ouvrir et il fait passer le courant par saccades en appuyant fortement.

D'ordinaire, au bout d'un instant on sent la pointe du thermocautère pénétrer dans le sinus ; mais parfois la paroi osseuse est trop épaisse, alors le galvano-cautère prépare la voie et on termine avec le trocart.

L'ouverture du sinus comme moyen de diagnostic doit toujours être réservée, dit M. Moure, pour les cas réellement douteux, à cause du danger possible de provoquer, malgré les précautions antiseptiques, un empyème chez des sujets n'en ayant pas.

VI. — INTOXICATION MERCURIELLE CHRONIQUE

M. Albert, de Vienne, a signalé à la société império-royale des médecins de Vienne une observation d'intoxication mercurielle des plus personnelles, puisqu'il s'agit de lui-même. Il fut atteint de troubles gastriques assez intenses, perdit trois dents apparemment saines et vit ses ongles devenir moins résistants. Il fit alors analyser ses urines, celles-ci contenaient une quantité notable d'iodure de mercure. Il pense donc pouvoir attribuer ses troubles gastriques à une intoxication mercurielle occasionnée par la solution de sublimé dont il se sert dans ses opérations.

VII. — RECHERCHE DU CHAMPIGNON DU MUGUET

M. Roux s'est livré à des recherches dans le but de déceler la présence du champignon du muguet dans les salles ayant contenu des malades atteints du muguet.

Après avoir essayé de divers appareils, il a employé l'appareil imaginé par Damaschino qu'il a simplifié et il a pu obtenir directement, sur la carotte et surtout sur le citron, des cultures pures de muguet. Sur le citron, les colonies de muguet se montrent sous forme de petites perles blanchâtres développées surtout autour des graines et sur la pulpe la plus voisine.

LIVRES ET REVUES

Catching's Compendium Practical Dentistry for 1891. *Atlanta. Constitution Publishing Company.*

L'idée de ce livre est de remettre sous les yeux des praticiens ce qui a paru de plus intéressant dans les revues professionnelles.

Le journal est un besoin de l'homme civilisé, mais, par son étendue même, il rend difficile la recherche rétrospective. Et puis, il faut le dire, il mêle si bien le bon grain à l'ivraie qu'il est souvent peu avantageux d'empiler ses collections, même pour les publications où les rédacteurs font un choix éclairé des articles.

C'est rendre service aux praticiens et même aux chercheurs, que de faire pour eux un premier triage et de leur donner annuellement un résumé de ce qui a paru de plus intéressant en littérature professionnelle.

Nous applaudissons donc à l'idée de M. Catching et nous souhaiterions que pareille entreprise eût quelques chances de succès en langue française. Cela ne nous semble pas encore le moment.

Les volumes que nous avons sous les yeux ne manquent pas d'intérêt et si les travaux des dentistes du vieux monde y étaient mentionnés nous féliciterions vivement l'auteur. Ce sera pour les volumes à paraître, car nous venons d'apprendre que M. Catching a demandé à notre collaborateur M. le Dr Hugenschmidt de faire un résumé des travaux français et que M. le Dr Miller a été désigné pour l'Allemagne.

Etendu, précisé, ce compendium peut devenir le répertoire le plus précieux entre les mains des dentistes qui ne se désintéressent pas des progrès de leur art.

Des résultats éloignés de la prothèse immédiate dans les résections du maxillaire inférieur, par le Dr Claude Martin, médecin-dentiste de l'Ecole du service de Santé Militaire. Paris. Masson, 1893.

C'est surtout en l'art de guérir qu'il faut voir la fin. Que de méthodes, que de médicaments, que d'appareils ont donné de grandes espérances, pour être oubliés peu de temps après. On est heureux d'apprendre que la prothèse immédiate, créée et imaginée de toutes pièces par un dentiste, n'est pas de ces essais éphémères.

Une idée aussi hardie ne pouvait naître que dans l'esprit d'un praticien familiarisé avec la restauration faciale, qui, ayant été à même de constater la tolérance des tissus mous et osseux pour les corps étrangers, entrevit la possibilité de placer un appareil volumineux au contact des plaies chirurgicales de la bouche.

Quiconque a été à même d'observer les déformations hideuses succédant aux résections des maxillaires applaudira au succès de la méthode.

Que l'on consulte l'exposé succinct, le résumé que M. Godon présentait aux dentistes assemblés à Chicago [1] ainsi que l'excellente thèse de M. Martin, et on verra le grand service humanitaire qui résulte de l'application de la prothèse immédiate.

Voici un enfant de huit ans et demi (observ. IV) à qui on enlève, pour une épulis, une portion du maxillaire inférieur allant de la canine à l'angle de la mâchoire, et les appareils placés atténuent la déformation et rendent possibles les fonctions de phonation et de mastication. L'observation VI, d'après l'examen des photogravures, est non moins concluante. Ce sont là des succès considérables.

M. Martin a suivi la route opposée à celle qu'on impose aux jeunes générations. Praticien, il s'est élevé peu à peu à la science ; le titre de docteur n'est pas pour lui un certificat pour commencer à apprendre sa profession, il est le couronnement d'une longue carrière. Nous l'en félicitons. P. D.

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

LA CONSERVATION DES INSTRUMENTS

Le professeur Olmstead, de Yole Collège, fait connaître un procédé pour la conservation des instruments et des appareils scientifiques. Il consiste à faire fondre lentement six à huit parties de saindoux pour une de résine en remuant jusqu'à refroidissement. Cet ingrédient se maintient à demi liquide, et toujours prêt à être employé; la résine empêche de rancir et produit une pellicule qui protège de l'air. Il suffit, pour empêcher la rouille et conserver le brillant de l'acier, de l'enduire d'une mince couche, cela s'essuie très facilement et sans laisser d'enduit ; on peut éclaircir en ajoutant un peu de benzine.

1. Présentation d'appareils de prothèse immédiate. *Rev. Intern. d'Odont.*, p. 391, septembre 1893.

NETTOYAGE DES INSTRUMENTS EN ACIER

On commence par les dégraisser avec de la cendre de bois et de l'eau tiède. On les place ensuite dans une solution faible d'acide chlorhydrique (10 à 15 gouttes par 30 grammes d'eau) et on les lave ensuite à l'eau pure, après quoi on les plonge pendant dix à vingt-quatre heures dans une solution saturée de chlorure de zinc. Après les avoir lavés à l'eau pure, on les sèche soigneusement. L'acier paraît alors comme nickelé. On enlève les taches de rouille des instruments en les badigeonnant avec une pâte composée de 15 grammes de cyanure de potassium, 15 grammes de savon mou, 30 grammes de blanc de Meudon et d'eau. Ensuite on les essuie et on les frotte avec de l'huile.

Ces conseils pourront être utiles pour les praticiens des campagnes, qui n'ont pas toujours de fréquentes occasions d'employer leurs instruments.

Quand on veut s'en servir, on les fait tremper dans une solution de sublimé au millième, et on prend toutes les précautions antiseptiques si fort recommandées de nos jours et avec tant de raison. C'est à elles que l'on doit, en effet, ces beaux succès absolument inconnus il y a vingt ans, au moins à Paris : amputations de membres, ablation du sein avec réunion par première intention, et les opérations bien autrement graves de la laparotomie, et tant d'autres encore !

ALLIAGE D'OR ET D'ALUMINIUM

Selon le professeur R. Austen, un alliage d'or contenant vingt pour cent d'aluminium possède des propriétés remarquables de fusion à une température plus élevée que l'or seul. C'est une exception à la règle générale qu'un alliage fond à une température au-dessous au point de fusion de son constituant le moins fusible. Il est remarquable que l'alliage de 90 0/0 d'or et 10 0/0 d'aluminium suive cette règle. Cet alliage d'or et d'aluminium a une belle couleur, celui qui contient 20 0/0 d'aluminium est rouge rubis et ceux qui contiennent de plus grandes parties d'aluminium sont pourpres.

(*Zahntechnische Reform.*)

MOYEN DE DISTINGUER LE FER DE L'ACIER

Voici une méthode des plus commodes pour distinguer un objet de fer d'un objet en acier. On dépose à la surface du métal à essayer une goutte d'acide sulfurique faible ; on voit aussitôt se produire, si l'objet est en acier, une tache noire produite par le charbon mis à nu ; si l'objet est en fer, au contraire, on constate simplement une tache verdâtre, soluble dans l'eau et enlevable par un simple lavage. Si l'acier est peu homogène, on verra apparaître à la surface de l'objet une série de taches noires d'intensité variable.

(*Magasin pittoresque.*)

ALLIAGE D'ÉMERI ET DE PONCE POUR POLIR

Un tiers d'émeri avec la ponce pour polir les appareils diminue de moitié le temps du polissage ; on frotte la surface palatine avec de l'huile ou de la glycérine, on fait disparaître toute trace de plâtre.

FERMETURE HERMÉTIQUE DES FLACONS AVEC DES BOUCHONS DE LIÈGE

Voici un procédé qui permet d'obtenir, avec des bouchons de liège, une fermeture absolue. Les bouchons sont d'abord placés dans un bain d'eau bouillante qui les lave et les débarrasse de matières étrangères qui pourraient ensuite altérer les liquides enfermés dans les flacons.

Puis, ces bouchons, séchés au soleil ou à l'étuve, sont introduits dans un bain de paraffine chauffée au bain-marie ; on les laisse séjourner quelque temps dans ce bain afin que la paraffine pénètre dans les pores du liège. Si on passe ensuite un instant le bouchon dans de l'eau tiède, il mord en quelque sorte dans le goulot et ferme d'une façon parfaite les récipients, de sorte que les liquides peuvent être conservés indéfiniment.

TREMPE DES PETITS OBJETS D'ACIER

On obtient une trempe excellente en plongeant des objets d'acier dans un mélange de 2 parties d'huile de baleine, 2 de suif et une de cire ou bien dans un liquide formé de 1.000 parties d'eau tenant en dissolution 30 parties de gomme arabique.

Si les outils sont en acier fondu, il ne faut pas les chauffer au-delà du rouge cerise. On les plonge obliquement en donnant une légère torsion.

Le *Journal des Inventeurs* recommande aussi le pétrole pour les petites pièces d'acier. On opère la trempe par les procédés usuels, et on obtient des objets blancs qui ne se faussent pas. On doit opérer prudemment et ne pas trop approcher le feu de l'huile.

L'eau de Seltz donne une bonne trempe aux petits forets et aux pièces analogues.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre la mort M. le professeur Léon Le Fort. M. Le Fort fut le rapporteur de la Commission de la Faculté de médecine qui en 1882 était chargée de modifier la loi de ventôse en ce qui concerne les dentistes. Son rapport très étudié repoussait l'obligation des diplômes et des études médicales pour le dentiste et créait le diplôme de chirurgien-dentiste sur des bases analogues à celles établies par la loi de 1892.

Le principe de la réglementation étant admis, le projet Le Fort méritait d'être pris en considération.

M. Le Fort était un vieux républicain d'une intégrité et d'une valeur morale auxquelles tout le monde rendait hommage.

Nous apprenons également la mort de M. Kingsley, un des dentistes les plus estimés de la colonie américaine.

NOUVELLES

UNE INSTALLATION DE DENTISTE AU SEIZIÈME ÉTAGE (!!)

A l'appui de ce qu'a dit M. Godon sur les situations *élevées* de nos confrères américains, voici ce que nous trouvons dans le *Dominion Dental Journal* :

« En passant dans l'une des rues les plus affairées de Chicago, j'étais attiré à l'entrée d'un théâtre, quand je vis qu'un dentiste avait son cabinet au 16e étage. Quoique assez indifférent en matière de nouveauté, je pris cependant l'ascenseur et m'élevai au ciel, place particulière pour un dentiste; je trouvai là deux dentistes canadiens occupant une chambre de 10 sur 12 pieds, avec deux fauteuils séparés par un paravent. La salle de réception était si large qu'une dame de taille moyenne aurait été obligée de se retirer dans le corridor pour se retourner (surtout si ce qu'on raconte là-bas sur les grands pieds est exact).

» Le loyer pour ce vaste appartement est de $ 1000 (5200 fr.) par année, ce qui explique pourquoi les dentistes des villes demandent des honoraires beaucoup plus considérables ou travaillent deux fois plus. »

PROCÈS D'UN DENTISTE DE MANCHESTER

M. le juge Heywood vient d'accorder 15 livres sterling (375 fr.) à un plaignant pour blessures causées par la négligence ou la maladresse de l'opérateur du défendant. La déposition prouve que la gencive du patient fut gravement lacérée, l'hémorragie se déclara au milieu de la nuit; une partie de la dent n'avait pas été enlevée. Tout cela aurait pu arriver sans qu'il y eût rien de la faute de l'opérateur. La déposition ne fut pas tout à fait satisfaisante, car aucun dentiste ne fut appelé à rendre témoignage pour le défendant. Il est souvent arrivé qu'après une extraction il s'est produit une hémorragie sérieuse, et un juge condamnerait difficilement un dentiste à 15 livres sterling (375 fr.) d'amende pour ce qui pourrait être occasionné par des causes constitutionnelles.

L'aide qui avait fait l'opération était au tribunal mais ne fut pas appelé. Il est possible qu'il ne fût pas enregistré et que son chef craignît un exposé pour lui et pour sa clientèle, parce que, s'il n'était pas enregistré, l'aide pouvait être poursuivi pour avoir obtenu de l'argent par abus de confiance, pendant que le dentiste lui-même pouvait être attaqué par le Conseil médical général pour employer un praticien non enregistré.

(The British medical Journal.)

IDENTITÉ PAR LES DENTS

Un cas appelé à devenir fameux dans la jurisprudence médicale vient de se produire à Detroit, Etats-Unis. C'est l'identité d'un cadavre au moyen de ses dents. En juillet dernier, le Dr Eugène Sloman fut accidentellement noyé à Omaha, Nebraska, Etats-Unis, et ses restes y furent inhumés. Il était assuré sur la vie pour une somme de 25.000 dollars (135.000 francs). La Compagnie d'assurances refusa de payer, alléguant qu'il n'y avait pas de preuves suffisantes de la mort du Dr Sloman. La compagnie demanda une enquête, ce qui fut accordé. On apprit que le Dr Sloman s'était fait donner des soins dentaires assez importants à Omaha. On fit venir le dentiste. Quand le corps fut exhumé, l'état de décomposition ne permit pas de le reconnaître, mais les médecins donnèrent une description exacte de toutes les marques et obturations des dents. Elles correspondaient parfaitement au livre d'affaires du dentiste d'Omaha, qui avait donné ses soins au Dr Sloman. L'identité fut ainsi parfaitement établie.

(Items of Interest.)

ANNONCE EXTRAORDINAIRE D'UN DENTISTE AMÉRICAIN

Si vous voulez vous faire mettre un râtelier, cherchez une personne qui soit dans le même cas, et venez ensemble, alors vous les aurez à raison de 5 dollars (26 fr. 20) par personne.

Vous pouvez également gagner une belle montre de dame en or, qui est offerte à une personne sur cinquante.

Aux personnes qui se font faire des aurifications ou des couronnes, la cinquantième gagne une bague avec un solitaire.

Extractions sans douleur. Aurifications, le soir, à la lumière électrique.

Eldorado Dental Office : 51. *Third Avenue hear Tenth Street New-York.*

Dr D. L. Rugg.

(Items of Interest.)

BIBLIOGRAPHIE ODONTOLOGIQUE

Blocman. — *Rapport des Travaux de la 1re section du Congrès.*
Historique de la Société d'odontologie.

P. Dubois. — *Rapport présenté au Cercle des dentistes*, au nom de la commission chargée d'examiner le projet de la Faculté de médecine sur la réglementation de l'exercice de l'Art dentaire (*Odontologie*, 1882).

Lois sur l'exercice de la médecine devant la Chambre des députés.

Rapport présenté au nom de la Commission de l'Association générale des dentistes de France, chargée d'examiner les projets sur l'exercice de la médecine, soumis à la Chambre des députés (chez Lecrosnier et Babé, 1890).

De la constriction permanente des mâchoires (*Odontologie*, 1885).

L'Art dentaire aux Etats-Unis (Berthier, et *Odontologie*, 1887-1888).

Aide-Mémoire du chirurgien-dentiste. Première partie. Thérapeutique de la carie dentaire, 2e édition (Lecrosnier, 1889).

P. Dubois, Aubeau et Thomas. — *Aide-Mémoire du chirurgien-dentiste*, 1re édition (Lecrosnier, 1885).

Ch. Godon. — *La réforme de l'art dentaire* : Projet de fondation à Paris d'une Ecole professionnelle libre de chirurgie et de prothèse dentaires (*Bulletin du Cercle des dentistes de Paris.* — N° 5. — Janvier 1880).......... 1,50

Le Cercle des dentistes de Paris et la Société syndicale de l'art dentaire. Réponse au Dr Stoess (*Bulletin du Cercle des dentistes.* — N° 8. — Août 1882).

Discours comme président du Cercle des dentistes de Paris (*Bulletin du Cercle des dentistes*, février 1881 ; *Odontologie*, juin 1881 et mars 1882).

Rapports annuels de l'Association générale des Dentistes de France et de la Société civile de l'Ecole et de l'Hôpital dentaires de Paris, de 1880-81-82-83-84-85-86 87-88-89-90 (*Bulletins du Cercle des dentistes* et *Odontologie*, 1879-1891).

La Réforme de l'Art dentaire : Etude des projets de réforme en Belgique (*Odontologie*, numéro d'octobre 1886)................................ 1,50

Les Services dentaires gratuits en France (*Odontologie*, numéro de février 1887)... 1,50

L'enseignement de l'Art dentaire : Programmes, procédés et méthodes d'enseignement (*Odontologie*, numéros d'août et de septembre 1887. Communication au Congrès médical international de Washington)................ 1,50

Reconstitution de l'identité des cadavres par l'examen du système dentaire (*Odontologie*, juin 1887).

L'Antisepsie du matériel opératoire en chirurgie dentaire (*Odontologie*, décembre 1889).

L'enseignement de l'Art dentaire : Communication au Congrès dentaire international de Paris, 1889 (Voir comptes rendus 1891)................. 1,50

La situation légale de l'Art dentaire devant la Chambre des députés (*Bulletin médical et Odontologie*, 1890)................................... 1,50

L'Ecole dentaire de Paris et son ancien directeur : Réponse au Dr Th. David. — Paris, 1890.

L'exercice de la profession de dentiste doit-il rester libre en France ? Analyse critique de certains points de la loi sur l'exercice de la médecine. 84 p. Paris, 1891.. 1,50

L'organisation de la profession de dentiste en France. Lettre à M. Monod, directeur de l'hygiène publique au ministère de l'Intérieur. 48 p., Paris, 1892. 1,50

R. Heidé. — *Un exposé comparatif du traitement des divisions de la voûte palatine.*

L'aurification par la rotation (Méthode Herbst), chez Lecrosnier et Babé.

La reconstitution des dents découronnées. Chez Lecrosnier et Babé.

E. Papot. — *De la prise de l'articulation dans les cas d'absence totale des dents* (*Revue dentaire*, 15 mars 1886).

De l'extraction des dents : ses indications et contre-indications. Chez Lecrosnier et Babé, 16 p.

Compte rendu général des travaux de la Société d'Odontologie, année 1890. — *Réponse au rapport sur la gestion financière de l'Ecole depuis sa fondation*. Châteauroux, in-4°, 6 p.

RICHARD-CHAUVIN. — *Communication sur la construction d'un appareil de prothèse bucco-faciale* (*Bulletin du Cercle des dentistes*, octobre 1879).

Communication sur l'obturation des dents par des fragments d'émail (*Odontologie*, février 1886).

Communication sur l'or mou comme matière obturatrice (*Odontologie*, juill. 1886).

Note sur les injections sous-gingivales de cocaïne et les propriétés de cet agent pour calmer les douleurs de la périostite et de la pulpite aiguës (*Odontologie*, mars 1887).

Hygiène de la bouche (*Odontologie*, décembre 1888).

Scellement des tubes pour les dents à pivot (*Odontologie*, avril 1888).

Travaux comparatifs sur la cocaïne synthétique et sur le chlorhydrate de cocaïne dans les opérations dentaires (*Congrès dentaire international*, 1889).

L. RICHARD-CHAUVIN ET ED. PAPOT. — *Anatomie normale des grosses molaires inférieures envisagées au point de vue de la pathologie et de la thérapeutique* (*Odontologie*, octobre 1886).

La gingivite, essai de classification, thérapeutique rationnelle, conséquences pathologiques : Communication au congrès dentaire international, chez Lecrosnier et Babé, 32 p.

PUBLICATIONS REÇUES

Le Progrès Dentaire.
Revue Odontologique.
L'Art Dentaire.
Le Progrès Médical.
La Gazette des Hôpitaux de Toulouse.
Le Bulletin Médical.
Les Connaissances Médicales.
La Pratique Médicale.
Le Journal d'Hygiène.
L'Union Médicale.
Archives de Pharmacie.
Revue et Archives suisses d'Odontologie.
Annales de la Société d'Odontologie de la Habana.
The Dental Cosmos.
Items of Interest.
La Odontologia de Cadix.
The Journal of the British.
Dental Association.
The Dental Tribune.
Le Monde Dentaire.
Revue de Médecine Dentaire.
The Dental Review.
Ohio State Journal of Dental Science.
The British Journal of Dental Science.
The Dental Record.
The Dental Advertiser.
The Archives of Dentistry.
The International Dental Journal.
Correspondenzblatt für Zahnärzte.
Journal für Zahnheilkunde.
Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde.
Zahntechnische Reform.
Skandinavish Tidschrift for Tandlaeger.
Monatsschrift des Vereins Deutcher Zahnkünstler.
Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde.
L'Odontologia.
Zahnartzlische Bundschau.
Revue de Polytechnique Médicale.

VOL. 2. NOVEMBRE 1893 N° 11

REVUE INTERNATIONALE
D'ODONTOLOGIE

DE L'ANESTHÉSIE LOCALE EN CHIRURGIE DENTAIRE

Par M. Maurice Roy,
Médecin de la Faculté de Paris,
Ex-chef de Clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

Bien qu'on ait fait depuis fort longtemps des tentatives pour obtenir l'anesthésie localisée, l'anesthésie locale est, comme l'anesthésie générale, de date récente ; on ne s'est même livré à des recherches vraiment sérieuses et fructueuses que depuis la découverte de l'anesthésie générale ; ce sont, du reste, les craintes, les terreurs inspirées par les premiers accidents survenus avec les anesthésiques généraux qui incitèrent les chirurgiens à rechercher un moyen d'obtenir une anesthésie strictement localisée au champ opératoire.

Depuis ses premières applications, l'anesthésie locale a eu des fortunes diverses ; il est peu de produits jouissant de propriétés analgésiques, calmantes ou réfrigérantes qui n'aient été expérimentés par les chirurgiens à la recherche d'un anesthésique local. De nombreuses tentatives furent faites dans divers sens ; certains agents eurent une vogue éphémère ; mais, si certains expérimentateurs avaient pu obtenir des résultats satisfaisants dans quelques cas, l'inconstance du succès avait bientôt fait abandonner les produits ou les procédés proposés.

Depuis quelques années, grâce aux progrès de la chimie, cette question est entrée dans une voie nouvelle ; des résultats très satisfaisants ont déjà été obtenus, et l'anesthésie locale, qui, il y a peu de temps encore, était considérée presque comme une utopie, entre aujourd'hui dans le domaine de la pratique. Elle a déjà rendu de grands services aux dentistes qui l'emploient maintenant d'une façon courante et qui ont contribué à en répandre l'usage en chirurgie générale. Il nous a donc paru intéressant de faire une étude d'ensemble de cette question aujourd'hui si importante.

Nous nous proposons d'étudier l'anesthésie locale seulement au point de vue de l'extraction des dents ou des opérations ana-

logues, laissant intentionnellement de côté l'anesthésie dans le traitement de la carie, sujet cependant des plus intéressants, mais qui ne rentre pas tout à fait dans le cadre de cette étude.

I

Etant donné que nous possédons l'anesthésie générale, quels sont les avantages de l'anesthésie locale sur celle-ci ? La question a été fort bien traitée par M. Reclus dans une de ses conférences [1] dont voici les conclusions : avec l'anesthésie locale, le danger est moindre, il y a absence de vomissements et de choc, atténuation ou disparition des douleurs post-opératoires, ce mode d'anesthésie est d'une application plus facile, la perte de temps est moins considérable et on a la possibilité de se passer d'aides.

Ces considérations, bien que formulées au point de vue de la chirurgie générale, s'appliquent parfaitement, à part quelques petites variantes, à la chirurgie dentaire. Examinons, en effet, chacun de ces points.

Malgré les attaques les plus vives dont l'anesthésie locale appliquée à l'extraction des dents ait été l'objet, il est de toute évidence qu'elle est loin d'avoir occasionné des accidents aussi nombreux que l'anesthésie générale, et cependant celle-ci n'est employée que d'une façon exceptionnelle par le dentiste, tandis que l'anesthésie locale a été appliquée, rien que depuis ces dernières années, un nombre considérable de fois. Nous reviendrons du reste sur ce sujet lorsque nous traiterons des accidents de la cocaïne.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur l'absence de vomissements ; ceux-ci, qui sont la règle dans l'anesthésie générale, ne se montrent jamais dans l'anesthésie par les réfrigérants et exceptionnellement dans l'anesthésie par la cocaïne ; le protoxyde d'azote ne produit pas, il est vrai, de vomissements, mais la brièveté de l'anesthésie obtenue par son action ne peut en faire un agent applicable d'une façon courante, et le bromure d'éthyle, d'un emploi plus facile, ne nécessitant pas d'appareils spéciaux et encombrants, lui est certainement préférable comme anesthésique général.

Quant à l'absence de choc, la chose est bien évidente et a une grande valeur lorsqu'il s'agit d'une opération d'aussi peu de durée que l'est généralement l'extraction d'une dent.

Nous n'en dirons pas autant, par exemple, de l'atténuation ou de la disparition des douleurs post-opératoires dont parle M. Reclus ; ce fait ne s'applique pas généralement aux opérations

---

1. P. Reclus, *Les indications de la cocaïne*. *Semaine médicale*, 1893, p. 434.

de chirurgie dentaire, que l'anesthésie soit générale ou locale.

Enfin il n'est pas possible de contester les trois derniers avantages, ceux-là intéressant directement l'opérateur : l'anesthésie locale est d'une application plus facile que l'anesthésie générale, elle occasionne une perte de temps moins considérable et l'opérateur a la possibilité de se passer d'aides. Ces considérations sont certainement d'une grande importance, étant donné la nature des opérations pratiquées par les dentistes, et nous n'avons pas besoin d'insister.

Nous aurons l'occasion de discuter à nouveau les avantages de l'anesthésie locale lorsque nous étudierons plus loin ses indications et ses contre-indications dans les divers cas.

II

De tout temps, on a cherché le moyen de rendre indolores les opérations chirurgicales, tantôt en agissant sur tout l'organisme par des substances douées de vertus stupéfiantes, tantôt en agissant localement sur la partie à opérer. Parmi les moyens employés dans l'antiquité pour abolir la douleur, il faut citer la fameuse pierre de Memphis dont parlent Pline et Dioscoride; cette pierre, délayée dans du vinaigre, abolissait la douleur des parties que l'on voulait couper ou cautériser; ce devait être, d'après Littré, un carbonate de chaux qui, sous l'influence d'un acide, produisait de l'acide carbonique. En effet, ce gaz jouit de propriétés anesthésiques assez fréquemment utilisées, car on rencontre « des traces de cette médication dans la plupart des auteurs anciens, et dans l'usage de certains cataplasmes prônés de longue date comme calmants et résolutifs et composés de levûre de bière, de marc de raisin, de pâte fraîche, etc. [1] ». Percival, en 1771, employa l'acide carbonique sous forme de bains pour calmer les douleurs du cancer; cette idée fut reprise plus tard par Simpson, qui vanta les douches d'acide carbonique contre les douleurs du cancer utérin; mais les résultats très variables que l'on obtint firent renoncer à l'emploi de cet agent, que M. Brown-Séquard a cependant expérimenté à nouveau. De ses recherches, il résulte que « l'on peut rendre insensibles le pharynx ou les premières voies digestives et aériennes en dirigeant sur elles un jet assez rapide d'acide carbonique » [2]. Cette propriété a été utilisée dans la coqueluche (Campardon) [3]. C'est également l'acide carbonique qui agit dans le

1. Maurice Perrin, Art. *Anesthésie chirurgicale*, in *Dict. Encycl. des Sc. méd.*
2. Dastre, *Les Anesthésiques*, p. 275. Paris, 1890.
3. Campardon, *Du traitement de la coqueluche par l'acide carbonique. Soc. de thérap.*, 1883.

procédé qui consiste à projeter sur la région à anesthésier le contenu de deux ou trois siphons d'eau de Seltz (Voituriez)[1].

En 1784, James Moore proposa, pour obtenir l'anesthésie, la compression des troncs nerveux [2]; mais ce procédé, qui eut quelques succès au début, ne tarda pas à être abandonné.

Il en est de même des tentatives d'anesthésie localisée par des injections de morphine et de belladone.

Les quelques procédés que nous venons d'indiquer sont tous restés dans le domaine de la théorie, la pratique ayant rapidement démontré leur insuffisance ou leurs dangers; il n'en est pas de même avec les procédés basés sur la réfrigération, et avec eux nous abordons un ordre de faits beaucoup plus riches en applications pratiques.

Depuis fort longtemps, on avait remarqué l'action anesthésique produite par le froid. Hunter l'avait signalé; Larrey, par un froid de 10°, avait pu faire sans douleur des amputations sur le champ de bataille d'Eylau; mais il n'avait pas songé à faire de la réfrigération une méthode régulière d'anesthésie. C'est James Arnott qui, vers 1855, employa la réfrigération d'une façon courante. Il se servait pour cela d'un mélange de glace et de sel placé dans un linge et obtenait ainsi un abaissement de température de — 10°. Adolphe Richard, vers la même époque, employa un mélange de glace, sel et sel ammoniac, qui produisait un abaissement de température de — 16°.

Ces essais d'anesthésie locale ne laissèrent pas les dentistes indifférents. J.-B. George, en 1857, inventa un appareil afin d'appliquer la méthode de réfrigération à l'extraction des dents [3]. Cet appareil un peu compliqué se composait essentiellement d'un manchon de caoutchouc enveloppant la partie à anesthésier et traversé d'une façon constante par un mélange réfrigérant, glace et sel. Ce procédé, quoi qu'en dise l'auteur, ne devait pas lui donner des résultats bien satisfaisants. Il en est de même de l'appareil imaginé par Rottenstein, qui consistait en un cylindre de métal dont une extrémité se moulait sur la gencive de la partie à anesthésier et à l'autre extrémité duquel un ressort à boudin pressait constamment sur le mélange réfrigérant placé à l'intérieur du cylindre. Ce moyen, dit l'auteur, « ne m'a pas donné de résultats heureux. Un de ses principaux inconvénients

---

1. Voituriez, *Journ. des Sc. méd. de Lill* . — *Odontologie*. 1890.
2. James Moore, *A method of preventing or diminishing pain in Several opérations of surgery*. London, 1784.
3. J.-B. George, *Etude sur l'anesthésie locale dans ses applications à l'Art dentaire*. Paris, 1858.

était la douleur instantanée causée sur des dents sensibles par la sensation du froid [1] ».

Branch, de Chicago, construisit un appareil à peu près analogue à celui de Rottenstein, et Blundell, de Londres, fit construire un appareil se rapprochant beaucoup de celui de George, mais où la température était abaissée graduellement de façon à éviter le contact brusque du froid sur les dents. Tous ces appareils donnaient dans la majorité des cas des résultats illusoires quand ils n'augmentaient pas la douleur.

Les travaux de Serres, de Flourens, de Longet firent connaître une particularité intéressante; sous l'influence des inhalations d'éther, la langue et le pharynx devenaient insensibles. Partant de ces données, Simpson, Nunnely se livrèrent à des expériences dans le but d'obtenir l'anesthésie locale en mettant du chloroforme ou de l'éther sur la peau ou en immergeant complètement les parties douloureuses dans ces liquides; mais les résultats qu'ils obtinrent furent à peu près nuls.

S'étant aperçus que l'éther agissait d'autant mieux qu'il s'évaporait plus vite, Hardy, Guérard, Richet[2] imaginèrent alors divers appareils destinés à favoriser cette évaporation ; mais ces appareils plus ou moins parfaits et encombrants furent avantageusement remplacés par le pulvérisateur de Richardson, encore employé aujourd'hui[3]. Cet appareil, bien connu de tous, agit par un courant d'air arrivant dans un double tube placé dans un flacon d'éther, une partie de ce courant d'air fait pression dans le flacon, faisant monter le liquide dans l'un des tubes ; l'autre partie s'échappe au dehors en pulvérisant ce liquide.

Le jet d'éther de l'appareil Richardson dirigé sur la boule d'un thermomètre abaisse la température à — 15° ; dirigé sur la peau, il provoque au début une sensation plus ou moins douloureuse mais qui l'est d'autant moins que l'anesthésie est produite plus rapidement. Celle-ci peut être obtenue en quelques minutes si l'éther est bien pur; s'il est mal rectifié ou s'il contient de l'alcool, elle peut être beaucoup retardée. Toutefois la pulvérisation d'éther agit très difficilement sur les tissus enflammés.

De tous les procédés d'anesthésie locale employés jusqu'en ces dernières années, l'appareil de Richardson est celui qui a été le plus répandu : nombre de chirurgiens s'en servent encore pour des opérations de petite chirurgie, ongles incarnés, etc.

Les dentistes essayèrent son emploi pour l'extraction des dents, il leur rendit quelques services; mais, dans la bouche, son

1. Rottenstein, *Traité d'anesthésie chirurgicale.* Paris, 1880.
2. Richet, *De l'anesthésie localisée. Bull. thérap., Gaz. des hopit.*, 1854.
3. Richardson, *Méd. Tim.*, 1856.

application est difficile, elle est assez douloureuse, parfois même, en cas de carie avec pulpe exposée, elle l'est extrêmement et, comme nous l'avons dit plus haut, la réfrigération par l'éther n'agit pas ou peu sur les tissus enflammés, condition qui se rencontre fréquemment dans l'extraction des dents ; de plus, l'anesthésie obtenue par ce moyen est toujours assez superficielle, en sorte que, dans la majorité des cas, elle ne peut donner que des résultats tout à fait insuffisants et souvent non compensés par la douleur produite par la réfrigération elle-même. Enfin les vapeurs d'éther sont irritantes pour les bronches et inflammables, ce qui empêche l'usage de la pulvérisation d'éther concurremment avec le thermo-cautère.

L'appareil de Richardson a donné des résultats dans l'extraction de dents de lait ou de dents chancelantes, mais il est avantageusement remplacé aujourd'hui par les divers agents réfrigérants que nous étudierons par la suite.

Les pulvérisations d'éther sont ordinairement faites dans la bouche, au pourtour de la dent à enlever. MM. Hénocque et Fredet en 1866 ont eu l'idée d'agir non plus sur les filets nerveux terminaux, mais sur les troncs nerveux, et ils ont proposé, pour faire l'extraction des dents, de pratiquer des pulvérisations d'éther dans la région située autour et au-dessous du méat auditif. En trois minutes on obtient « une anesthésie suffisante pour permettre l'avulsion des dents du maxillaire inférieur et aussi du maxillaire supérieur ; ce procédé a été employé aux consultations de l'hôpital Lariboisière et de l'hôpital Beaujon dans un très grand nombre d'opérations dentaires »[1]. M. Hénocque rappelait ce fait à l'occasion d'une communication sur le chlorure de méthyle en proposant le stypage de la région préauriculaire. C'est en s'appuyant sur le même principe que l'on pratiquait des pulvérisations de chlorure d'éthyle sur la joue quand on ne pouvait atteindre la dent elle-même. Nous reviendrons sur ces points un peu plus loin.

Divers produits ont été proposés pour remplacer l'éther. Delcomenète, de Nancy, employa le sulfure de carbone en pulvérisations, mais il a été abandonné car, comme le dit M. Dujardin-Beaumetz, « ce corps, grâce à son extrême volatilité, peut produire la réfrigération des tissus ; mais cette réfrigération est suivie si rapidement d'une rubéfaction tellement intense, que le sulfure de carbone doit être considéré non pas comme un anesthésique local, mais, bien au contraire, comme un rubéfiant

---

1. Hénocque, *Note sur la réfrigération et l'anesthésie produites par le chlorure de méthyle. Soc. de Biol. — Odontologie*, 1888, p. 300.

de premier ordre de beaucoup supérieur aux sinapismes »[1].

Il n'en est pas de même pour le bromure d'éthyle, préconisé à l'étranger par Lewis et en France par Terrillon[2] comme anesthésique local. Il produit l'anesthésie plus rapidement que l'éther et ses vapeurs ne sont ni inflammables, ni irritantes pour les bronches.

Kanonikoff et Pliouchkine[3] ont proposé le canadol, hydrocarbure distillé du naphte d'Amérique; ce produit abaisse la température de + 20° à — 10°; l'anesthésie est complète en 60 secondes. Le canadol a l'avantage d'être d'un prix très modique.

On a associé à l'éther divers adjuvants; citons entre autres cette formule donnée par Richardson[4] :

Acide phénique............	0 gr. 25.
Ether......................	25 —

En pulvérisations.

Avec ce mélange, l'anesthésie cutanée est obtenue avant le froid, il n'y a pas de douleurs de retour, mais il faut veiller à ne pas avoir d'intoxication par une trop grande quantité d'acide phénique absorbée par la plaie.

Lesser, de Leipsick[5], a eu l'idée d'utiliser, d'une façon différente de la pulvérisation, le refroidissement produit par l'éther. Au lieu de refroidir directement la peau, il refroidit un métal bon conducteur de la chaleur appliqué sur celle-ci. Pour cela, il emploie des caisses en nickel de diverses formes ayant des faces convexes et concaves de façon à s'appliquer sur toutes les régions; dans ces caisses, aux trois quarts remplies d'éther, il fait passer un courant d'air qui vaporise celui-ci, refroidit le métal et anesthésie les téguments. On a pu, par ce procédé, opérer des ongles incarnés, amputer des doigts et des orteils, enlever des amygdales et notamment enlever des dents. 1° L'appareil de Lesser, qui rappelle, pour l'extraction des dents, l'appareil employé par George avec les mélanges réfrigérants, ne nous paraît pas très pratique; du reste, sa complication a empêché sa généralisation.

En 1884, M. Debove entretenait la Société médicale des hôpitaux des résultats qu'il avait obtenus dans le traitement de certaines névralgies rebelles avec le chlorure de méthyle. Ce corps (CH^3Cl) bout à — 23°; il est employé à l'état liquide, comprimé dans des bouteilles métalliques spéciales munies d'un robinet à

1. Dujardin-Beaumetz, *Les nouvelles médications*. Paris, 1886.
2. *Bulletin de thérapeutique*, 1880.
3. *Odontologie*, 1887, p. 552.
4. *The Asclepiad. Odontologie*, 1891.
5. *Soc. de Biol.*, 1882.
6. Appareil pour l'anesthésie locale trad. de Brasseur (*Revue Odontologique*, 1893, p. 17).

vis ; il sort à l'état de liquide pulvérisé et s'évapore aussitôt en produisant un froid intense. Projeté sur la peau, celle-ci se couvre très rapidement d'une couche de givre, et si l'action est alors continuée, il se produit une escharre.

Le chlorure de méthyle, par la réfrigération intense qu'il produit, anesthésie la peau ; une violente réaction suit la période d'anesthésie ; c'est cette réaction, qui agit d'une façon particulière sur les terminaisons nerveuses, que M. Debove a utilisée dans le traitement des névralgies et particulièrement de la sciatique. Mais avant lui, Lailler et ensuite M. Le Dentu avaient employé le chlorure de méthyle comme anesthésique local ; toutefois, la difficulté que présente la régularisation de son emploi et les dangers résultant de l'intensité de son action avaient empêché son usage, quand le procédé du stypage, dû à M. Bailly, est venu donner un petit regain de faveur à cet agent.

Cependant, dès la publication des recherches de M. Debove, MM. Ronnet et Dubois avaient cherché à utiliser l'action du chlorure de méthyle dans la chirurgie dentaire et avaient fait dans ce but des expériences à la clinique de l'École dentaire de Paris ; mais, en dehors des défauts inhérents à son action sur les tissus, son emploi était à peu près impraticable dans la bouche par suite de l'appareil ou siphon où il est comprimé et, de plus, son action sur la peau de la face pouvait avoir de sérieux inconvénients par suite de la pigmentation assez persistante que la peau présente après une pulvérisation un peu prolongée.

En 1888, M. Bailly, de Chambly (Oise), communiqua à l'Académie de médecine une modification au mode d'emploi du chlorure de méthyle. Au lieu de le projeter sur la peau, on le reçoit sur un tampon formé de deux tiers de ouate sèche et d'un tiers de bourre de soie, celle-ci placée à la périphérie et le tout tenu dans une pince de bois ou d'ébonite ; cet instrument a été nommé par l'auteur : stype, d'où le nom de l'opération, stypage. Après avoir reçu le chlorure de méthyle sur le tampon, on promène celui-ci sur la peau et on obtient ainsi la même action qu'avec la pulvérisation, mais d'une façon plus régulière et qui permet de mieux graduer l'intensité.

Par ce procédé, on peut agir sur la face, ce qui n'était pas possible avec le siphon.

En maintenant en place le tampon pendant quatre à cinq secondes, la peau blanchit, durcit, se creuse et l'anesthésie est obtenue. On peut alors pratiquer sans douleur des incisions, ponctions, etc. S'il y a écoulement de sang, il suffit d'interposer entre la peau et le tampon une baudruche qui n'empêche pas l'anesthésie de se produire.

« Il faut avoir soin de bien essuyer la région sur laquelle le tampon doit être appliqué, afin qu'il ne se forme pas de glaçons et qu'il ne s'établisse point d'adhérence entre la bourre de soie et la peau. Si l'on opère sur les muqueuses (muqueuse buccale, par exemple), on a soin d'interposer entre le tampon et la muqueuse un morceau d'étoffe de soie fine [1]. »

La sensation de cuisson est plus vive qu'avec l'éther et la douleur post-opératoire est un peu plus prolongée.

Au lieu de recevoir le chlorure de méthyle sur le tampon, on peut le recevoir dans un récipient spécial, le thermo-isolateur à vide sec de D'Arsonval, où il se maintient liquide pendant longtemps, et on trempe alors le stype dans le chlorure de méthyle liquide.

En 1886, M. Galippe avait déjà indiqué un moyen d'employer le chlorure de méthyle liquide en le recevant dans de l'éther ; on obtient ainsi une véritable solution dont la température varie entre — 40° et — 45°. « Le réchauffement du liquide se fait avec une lenteur relative, puisqu'il met deux heures et demie pour revenir à 0°.

» ..... Le chlorure de méthyle en solution éthérée n'a pas de propriétés caustiques ; il peut être appliqué sur un espace aussi limité que possible, soit à l'aide d'un pinceau, soit à l'aide d'un tampon d'ouate ou d'un compte-goutte.

» Il produit sur la peau une anesthésie suffisante pour pratiquer des opérations superficielles.

» ..... Appliqué sur les gencives et sur le rebord alvéolaire, il permet l'extraction des dents ou des racines en supprimant complètement la douleur ou tout au moins en la rendant très supportable [2]. »

Ce dernier point n'est pas tout à fait exact, notamment dans les cas où la dent à enlever est atteinte de périostite aiguë. M. Galippe dit n'avoir observé que très rarement la mortification de la muqueuse, et lorsqu'elle s'est produite elle était, dit-il, absolument superficielle. Ultérieurement notre confrère a modifié son procédé, il n'a plus employé le chlorure de méthyle en solution éthérée, il s'est contenté de le recevoir dans un verre à expérience où il se maintient liquide un temps suffisant [3] ; c'est le procédé que nous avons décrit il y a un instant pour le stypage.

M. Hénocque, dans une communication à la Société de biologie, conseilla « de produire l'anesthésie au moyen du stypage par action médiate de la réfrigération sur le trijumeau à la face, comme sur le trajet des branches du maxillaire supérieur ou in-

1. Dastre, *loc. cit.*, p. 284.
2. *Soc. de Biol.*, 1886.
3. *Journ. des connaiss. médic.*, 1888.

férieur, lorsqu'on ne veut pas agir directement à l'intérieur de la bouche sur les terminaisons nerveuses [1] ». C'est une application de ce qu'il avait conseillé au sujet de la pulvérisation d'éther appliquée au même objet, ainsi que nous l'avons dit plus haut.

Ce que nous disions à propos des pulvérisations d'éther est également applicable au chlorure de méthyle ; nous possédons aujourd'hui avec le chlorure d'éthyle et surtout avec le coryl des agents réfrigérants d'une efficacité au moins aussi grande et d'un emploi beaucoup plus facile, ainsi que nous le verrons par la suite.

Avant de terminer cet exposé historique de l'anesthésie locale, nous devons dire quelques mots des essais faits avec l'électricité, agent dont nous n'avons pas encore parlé afin de ne pas interrompre la partie ayant trait aux réfrigérants.

Pour ce qui concerne l'électricité, c'est aux dentistes que l'on doit la plus grande partie des essais qui en ont été faits dans le but de supprimer la douleur dans les opérations chirurgicales ; nous devons dire toutefois que les résultats ont été loin d'être aussi satisfaisants que l'avaient fait penser les premiers essais.

Vers 1856, un dentiste de Philadelphie, J.-B. Francis, chercha à obtenir l'anesthésie dans l'extraction des dents au moyen de l'électricité. Pour cela, il employa le courant faradique, le pôle négatif étant fixé au davier et le pôle positif tenu à la main par le patient. Il employait un courant de faible intensité.

Il fit part des résultats qu'il avait obtenus au *Comitee of the Franklin Institute,* qui fit un rapport favorable. Cet agent se répandit alors beaucoup en Amérique ; W. S. Wilkinson disait avoir extrait de quatre à cinq cents dents par ce moyen et avoir opéré quatre-vingt-quinze fois sur cent cas sans douleur. C. A. Harris et P. H. Austen disent avoir obtenu la suppression de la douleur neuf fois sur dix cas ; ils disent toutefois qu'il ne fallait pas enfoncer le davier sous la gencive, parce qu'alors la douleur n'était pas sensiblement diminuée [2]. Cette restriction nous donne à penser que pour les cas où l'anesthésie s'était fait sentir il ne s'agissait probablement pas de dents présentant une grande résistance.

Il s'en faut de beaucoup qu'en Europe on constatât d'aussi bons résultats. Rottenstein, entre autres, se livra à des essais d'anesthésie par l'électricité [3], mais il obtint des résultats peu favorables, que le courant fût induit ou continu. Si quelques malades

1. Hénocque, *loc. cit.*
2. P. A. Harris et P. H. Austen, *Traité théorique et pratique de l'Art du dentiste.* Traduction française de E. Andrieu Paris, 1874, p. 468.
3. Rottenstein, *De l'anesthésie locale par les courants électriques,* 1857.

n'accusaient que peu ou point de douleurs pendant l'extraction d'une dent, d'autres disaient souffrir beaucoup. En somme, l'électricité donnait des résultats très variables, affaiblissant quelquefois la douleur, probablement dans les extractions de dents peu résistantes, mais l'aggravant souvent aussi d'une façon notable. Du reste, en Amérique même, malgré un engouement passager, les dentistes ne tardèrent pas à l'abandonner. Elle était complètement oubliée quand on a songé de nouveau à l'utiliser pour obtenir l'anesthésie locale. Nous parlerons de ces faits quand nous nous occuperons de l'anesthésie cocaïnique par la cataphorèse.

OBSERVATION DE FRACTURE ALVÉOLAIRE SUPPURÉE DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR D'UNE INCISIVE LATÉRALE GAUCHE HUIT JOURS APRÈS SA CHUTE DE LA BOUCHE

Communication faite à la Société de Stomatologie.

Par le Dr Hugenschmidt.

En octobre 1890, un samedi, M. X... m'amène son fils, un jeune garçon de dix ans, avec l'historique suivant :

Le lundi précédent, c'est-à-dire cinq jours avant notre examen, ce jeune homme montait une bicyclette, lorsque pour une raison quelconque il est projeté à terre, la face en avant ; il est relevé, le visage couvert de boue. Le résultat apparent et immédiat de l'accident fut une plaie verticale de la lèvre supérieure, une fracture complète de l'incisive médiane gauche, une fracture partielle de l'incisive médiane droite ; quant à l'incisive latérale gauche, elle est projetée hors de la bouche et va tomber dans la boue, où elle est ramassée quelque temps après par le père, qui, après l'avoir essuyée, la place simplement dans sa poche.

La lèvre fut suturée par un médecin du voisinage qui ne s'occupa que de la lésion externe, oubliant de recommander une lotion buccale antiseptique.

Ce qui nous frappe, dès l'entrée de ce jeune patient, c'est l'odeur infecte qu'il répand autour lui et qui provient de sa cavité buccale qui est dans un état tout à fait déplorable.

En effet, en lui soulevant la lèvre supérieure, encore très grosse, par suite du traumastime subit, un flot de pus s'écoule de l'alvéole de l'incisive latérale gauche qui est absente, ainsi que du rebord gingival qui entoure les racines des incisives centrales.

En pénétrant avec un stylet dans l'alvéole, nous trouvons des fragments durs, irréguliers, des fragments osseux et nous constatons, d'autre part, une fracture de la paroi alvéolaire antérieure; deux fissures verticales existent; l'une partant immédiatement au-dessus de la racine de la centrale droite, l'autre occupant la partie antérieure de l'alvéole, située entre la cavité alvéolaire de la latérale absente et la dent canine gauche; de plus, à la partie postérieure de ce fragment était adhérente la partie antérieure de la racine de la centrale gauche — le tout formant une masse unique détachée du corps du maxillaire. — Toutes ces parties baignaient dans du pus d'une fétidité extrême.

Nous commençons par faire un lavage très minutieux de la cavité buccale avec une solution de permanganate de potasse, suivie, dès que l'odeur a disparu, d'un lavage étendu à l'eau bouillie, pour terminer enfin par une série d'injections d'eau oxygénée pure, par toutes les ouvertures livrant passage à du pus. Les avantages de l'eau oxygénée sur les autres antiseptiques pour les plaies anfractueuses et suppurantes de la cavité buccale sont multiples.

En premier lieu, c'est un des antiseptiques les plus énergiques que nous possédions; certains bactériologistes le placent même au-dessus du sublimé; il n'est pas toxique. Il n'a pas ou presque pas de goût. Il a de plus une action précieuse, celle de produire une réaction, un bouillonnement lorsqu'il est introduit dans une cavité contenant des déchets organiques, du pus, etc., et de ramener à la surface tous ces détritus pour laisser une plaie d'une propreté étonnante et absolument aseptique.

Après avoir bien désinfecté les parties lésées, nous renvoyons notre jeune malade au surlendemain matin, en recommandant au père de lui faire lotionner la bouche au moins toutes les demi-heures pendant le jour, alternativement avec une solution saturée d'acide borique et une solution de sublimé au $\frac{1}{5000}$. Par lotions, nous voulons dire, non seulement rincer la bouche, maisconserver le liquide antiseptique au moins trois ou quatre minutes dans la cavité buccale. Pour la nuit nous recommandons la vaseline boriquée à 6 grammes pour 30 grammes, bien la faire pénétrer dans l'interstice des dents et surtout sur les parties lésées.

Je dois ajouter qu'avant de me quitter le père retira de la poche de son gilet l'incisive latérale qu'il avait ramassée et conservée dans le même endroit depuis le jour de l'accident. A l'examen, la dent me paraissant très bonne, je priai le père de me la laisser. J'ouvris largement la cavité pulpaire, enlevai la pulpe et plaçai la dent dans une solution de bichlorure au $\frac{1}{1000}$. Le lundi

suivant, huit jours après l'accident et quarante-huit heures après un état buccal des plus septiques, le jeune homme me fut ramené ; les prescriptions avaient été bien suivies, car malgré tous mes efforts, je ne parvins pas à obtenir la moindre trace de pus.

Je fis néanmoins quelques injections d'eau oxygénée, suivies d'une injection de cocaïne, le jeune patient étant très sensible à la douleur. Dès que l'anesthésie fut complète, j'enlevai toutes les esquilles osseuses qui encombraient l'alvéole de la latérale, puis, après avoir rempli la racine de la dent à réimplanter avec une substance antiseptique et obturé son sommet radiculaire, je la replaçai en forçant un peu dans son alvéole ; elle fut maintenue en place à l'aide de ligatures prenant leur point d'appui sur la canine gauche et sur ce qui restait de l'incisive centrale droite, qui elle, deux jours auparavant, baignait et remuait dans le pus et qui déjà s'était consolidée. Je disposai, de plus, mes ligatures de façon à maintenir non seulement la dent réimplantée en place, mais aussi le fragment du maxillaire, ce qui fut assez facile, grâce à la présence de la racine de l'incisive médiane qui était restée adhérente au fragment.

Le seul traitement recommandé pendant la consolidation fut des lotions buccales antiseptiques et surtout la vaseline boriquée ; trois semaines après, la dent et le fragment du maxillaire étaient réunis; quant à l'avenir de la dent, elle est en place aujourd'hui. Le côté intéressant de cette observation est le fait que quarante-huit heures après un état septique des plus prononcés de la bouche, l'introduction de la dent dans son alvéole n'a pas occasionné la moindre réaction inflammatoire.

FISTULE CUTANÉE D'ORIGINE DENTAIRE

Par M. Heidé,
Ex-professeur à l'École dentaire de Paris.

De toutes les complications de la carie dentaire, la fistule cutanée est une des plus graves, non seulement par les lésions locales, mais surtout par l'apparition du pus à la face : ce qui fait du malade un objet de répulsion pour son entourage. A moins d'être initié aux choses de la médecine, on ne s'explique pas la cause de cet écoulement purulent et on ignore que le plus souvent l'origine est dans une dent cariée, ayant manqué de soins ou en ayant reçu d'un praticien mal éclairé.

Il est certain que les deux causes ci-dessus n'existant pas, la fistule cutanée à la joue est des plus rares.

Ma pratique m'a permis d'observer un certain nombre de fis-

tules; j'en ai publié déjà quelques-unes dans ce recueil [1]. J'en présente une autre qui a une certaine gravité.

L'observation ci-dessous peut se comparer à celles mentionnées par Dolbeau : dont l'orifice siégeait au cou vers l'insertion sternale du sterno-mastoïdien ; de celle de Salter, où une prémolaire détermina un abcès et une fistule venant s'ouvrir au-dessous de la clavicule. Leur origine dentaire est souvent méconnue et il nous sera permis de citer ce cas d'Hartleyou où on a vu une fistule de la joue droite chez une malade ayant une ulcération de la gorge depuis trois ans. Aucun traitement n'avait réussi ; l'extraction de la seconde molaire inférieure, qui paraissait saine, amena la guérison simultanée de l'ulcération de la gorge et de la fistule jugale.

Si les désordres provenant du manque de soins peuvent avoir pour aboutissant une fistule, il est évident qu'on doit en la circonstance beaucoup plus incriminer les soins mal entendus : obturations intempestives sans désinfection rigoureuse des canaux, l'application de pansements caustiques sur des dents à pulpe non exposée. Il m'a été donné de constater maintes fois des accidents très graves après des applications d'acide arsénieux sur des dents cariées au 2e degré le caustique avait pour but de faire disparaître toute sensibilité ; la mortification ainsi obtenue a souvent pour conséquence ultime l'abcès alvéolaire et les accidents qui en résultent ; aussi nous ne saurions trop protester contre cette pratique funeste.

Au mois d'octobre 1890, on m'amenait la sœur X.., de la Congrégation X..., à Orléans. Depuis deux ans, cette jeune personne souffrait d'abcès qui s'ouvraient tantôt à la joue, tantôt au cou jusque dans la région du sternum. Elle avait été traitée par tous les médecins de la ville et finalement, comme on craignait d'être en présence d'accidents de nature scrofuleuse, — c'est-à-dire, pour nous, tuberculeuse, — on se refusait à la garder plus longtemps à la maison religieuse.

Comme dernière ressource, on voulut consulter un dentiste à Paris.

Elle me fut amenée et j'observai à la joue une atrophie, une fonte du tissu adipeux ; le maxillaire inférieur du côté droit n'était recouvert que par une peau flasque et ridée. Des brides succédant à d'anciennes fistules empêchaient les mouvements de la joue, il y avait une légère constriction de l'articulation temporo-maxillaire. La peau avait l'aspect d'un tissu cica-

1. *Revue Internationale*, juin 1893.

triciel, tel que celui qui succède à une brûlure très étendue ; cela s'étendait jusqu'à la clavicule.

Par l'exploration, nous ne trouvons au maxillaire supérieur aucune perforation dans la direction du sinus. Au maxillaire inférieur, nous voyons des cordons indurés allant directement de la muqueuse à la joue.

La dent de sagesse inférieure a une position vicieuse et inclinée en avant vers la deuxième molaire. Cette dent a aussi une direction anormale et elle est complètement renversée en dedans. Au maxillaire supérieur il existe des dents et des racines en mauvais état ; elles ont donné naissance à plusieurs foyers purulents, il en résulte une infection générale de la cavité buccale.

Comme on avait employé toutes les ressources de la médecine interne sans arriver à aucun résultat, notre pensée fut de rechercher la cause dans les désordres locaux. Le mauvais état de l'appareil dentaire du côté droit de la bouche, les anomalies de direction, les caries pénétrantes, les complications consécutives expliquaient les accidents dont la face et le cou étaient le siège. En cherchant à l'aide de la sonde et de la palpation digitale, on pouvait facilement suivre les cordons fistuleux de la muqueuse jusqu'à la peau de la région sous-maxillaire.

L'hypothèse d'un néoplasme fut facilement écartée, les foyers de suppuration étaient assez éloignés les uns des autres, aucune tuméfaction de mauvaise apparence n'avait place entre eux.

Est-ce tendance d'esprit de spécialiste qui nous fit attribuer aux mauvaises dents l'origine du mal ? mais pour nous il n'y avait pas d'erreur possible, on était en présence de périostites chroniques avec abcès et infiltration du pus dans les tissus musculaires, la nécrose et les fusées purulentes en découlaient.

Le traitement était tout indiqué : l'ablation des organes morbides.

Le 24 octobre, nous avons procédé à l'extraction de la deuxième bicuspide supérieure droite ; on constate qu'il existe au sommet un kyste périostique ; l'alvéole avait l'apparence, à l'exploration avec la sonde, d'être nécrosé.

Extraction de la racine antérieure et externe de la première grosse molaire supérieure droite ; rien de particulier. Lavages antiseptiques et tampon de gaze iodoformée dans les alvéoles.

25 octobre. Extraction de la racine postérieure et extérieure et de la racine palatine de la même dent. Nous avons ordonné des injections antiseptiques à faire 5 à 6 fois par jour.

27 octobre. Nous observons un séquestre mobile provenant d'une cloison interalvéolaire et de l'alvéole externe entre les bicuspides ; nous l'enlevons.

28 octobre. Extraction de la deuxième grosse molaire inférieure droite ainsi que de la première bicuspide supérieure.

La personne étant dans l'obligation de rentrer au couvent, nous lui faisons promettre de revenir au bout d'un mois tout en continuant les injections trois fois par jour.

26 novembre. Nous constatons une grande amélioration. La constriction a cessé, cependant les nombreuses brides cicatricielles provoquent de la gêne dans les mouvements. Nous procédons ensuite à l'extraction de la dent de sagesse. Cela aurait été impossible auparavant, puisqu'elle était masquée complètement par la deuxième grosse molaire. L'extraction fut relativement facile. Nous faisons de plus l'ablation du tartre et nous recommandons des gargarismes astringents et des soins excessifs de propreté.

L'amélioration partielle qui suivit les premières opérations nous faisait espérer que, la bouche mise en état, la guérison serait radicale. Notre espérance n'a pas été déçue, car nous avons eu des nouvelles de notre malade au mois de janvier 1893 ; elle se porte parfaitement bien et il n'y a pas eu de récidives.

Nous fûmes heureux de ce résultat, qui était absolument inespiré de la malade et de son entourage. Trop souvent les médecins de la vieille école, notamment les praticiens de province, oublient de chercher du côté du système dentaire l'origine des affections de la face. Elle n'est soupçonnée que par le dentiste qui discerne la cause et établit le traitement approprié. Après tant d'autres, cette observation est démonstrative de l'importance de notre rôle, des bons résultats que la collaboration du médecin et du dentiste peut assurer.

SOCIÉTÉS ODONTOLOGIQUES

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE GENÈVE

Séance du 13 novembre 1893.

Présidence de M. J.-B. Demole.

Sur la proposition du comité, vu l'état florissant de la société, l'assemblée décide que moyennant un subside de la caisse et une faible cotisation supplémentaire, l'abonnement au journal professionnel la *Revue internationale d'Odontologie* sera assuré à chaque sociétaire pendant l'année 1894.

Après votation favorable, deux nouveaux membres, MM. A. et S. Henneberg frères, D. D. S., sont admis.

Répondant à une question, le président informe que les avances faites au comité de la Société des dentistes américains d'Europe, dont le futur congrès se tiendra au mois d'août prochain à Genève,

ne paraissent pas avoir été favorablement accueillies par le comité qui n'a pas seulement accusé réception à la lettre qui lui a été adressée. Il est alors convenu que les membres auront la latitude de participer individuellement à cette réunion, mais que la Société odontologique de Genève ne s'y ferait pas représenter officiellement.

M. Thioly-Regard dit quelques mots à propos de la négligence qu'apportent les parents à faire visiter la bouche de leurs enfants au moment de la seconde dentition; ayant eu souvent l'occasion de vérifier les désordres qui peuvent en résulter, il recommanderait une inspection buccale par semestre. Tout récemment, un jeune homme de 21 ans est venu lui demander conseil au sujet de deux forts intervalles situés au côté gauche du maxillaire inférieur, causés par la chute tardive de deux dents temporaires, alors que les permanentes étaient depuis longtemps sorties. Le moulage de ce cas montre qu'entre la canine et la première prémolaire, de même qu'entre les deux prémolaires du même côté, il existe deux espaces qui gênent considérablement la mastication et entre lesquels deux dents trouveraient place.

Le comité, ayant entendu courir le bruit qu'un cafetier habitant Ferney-Voltaire (Ain) devait être décédé des suites d'une extraction opérée par un dentiste de Genève, avait chargé son vice-président de faire une enquête.

Ce dernier lit un rapport (démentant cette fausse nouvelle), dont on peut tirer le résumé suivant:

Sieur S..., âgé de 32 ans, cafetier à Ferney-Voltaire (France), bonne constitution, pas de tare héréditaire, ressent dans la première quinzaine d'octobre une violente odontalgie provenant des racines de la première molaire inférieure gauche; un abcès se déclare; il prend la résolution de se rendre à Genève, chez un dentiste qui lui extrait ses racines. L'opération pratiquée avec succès n'atténue ni la douleur ni le gonflement qui vont au contraire en augmentant, de telle sorte que l'opéré fait demander le médecin local. Celui-ci, craignant de voir le pus sourdre à l'extérieur, télégraphie au Dr Balivet, de Gex, lequel arrive et, après examen, fait une incision bucco-gingivale qui donne issue à une certaine quantité de matières septiques. Cependant, loin de s'améliorer, l'état du patient ne fait qu'empirer, les souffrances deviennent de plus en plus aiguës, une fièvre intense se déclare; elle résiste à tous les anti-fébrifuges administrés. Les nuits surtout sont mauvaises du 17 au 22 octobre. Mme S... est obligée de veiller son mari; mais c'est particulièrement dans la soirée du dimanche 22 que la maladie atteint son apogée; la fièvre augmente encore, l'agitation devient excessive, le délire se montre, ce qui fait dire aux voisins et connaissances qui viennent prendre des nouvelles du sieur S..., qu'il ne passera pas la nuit, et s'en vont répétant à tous qu'il est à l'agonie. Impossible de faire garder le lit au malade qui, sans se rendre compte de ce qu'il fait, se promène toute la nuit à travers la chambre en titubant et en se cognant aux meubles; plus de vingt fois il s'affale tout de

son long sur le plancher, chaque fois il se relève pour recommencer sa promenade inconsciente. Tout à coup, au petit jour le lundi matin, il s'opère à l'improviste une réaction salutaire ; le calme renaît, la fièvre diminue, le malade brisé par la fatigue peut enfin prendre un peu de repos et, depuis ce moment, le mieux persiste, les forces reviennent, si bien que le dimanche suivant, 29 octobre, jour de la visite de l'enquêteur, si ce n'était le bandage de la tête qui frappe le regard, il n'y paraîtrait plus rien de ces symptômes alarmants qui avaient déterminé, soi-disant, suivant les uns, une hémorragie ; suivant les autres, le tétanos, enfin la croyance générale du décès prématuré du convalescent.

Plusieurs sociétaires remercient le comité d'avoir provoqué cette enquête qui permet de couper les ailes à un canard qui n'aurait pas manqué de voler loin et d'avoir la vie longue ; sans qu'ils veuillent pour cela nier les conséquences fâcheuses qui surgissent quelquefois après des extractions ou des tentatives d'extractions de dents mortes avec racines nécrosées ou crostosées.

M. Roussy a pu constater dans sa pratique professionnelle quatre cas d'extractions de dents du bas abcédées ayant produit des complications post-opératoires en ce sens que les désordres inflammatoires ont persisté malgré l'opération, après laquelle l'ouverture d'une fistule cutanée externe s'est déclarée.

M. Scartazzini blâme les mutilations pratiquées par certains docteurs dans le but de faire évacuer le pus au dehors ; tout récemment, lors de la visite scolaire qu'il fit le 20 octobre dernier avec le concours d'un de ses collègues, il eut de nouveau la preuve que cette manie des coups de lancette était toujours en honneur dans le corps chirurgical ; un jeune écolier de onze ans et demi présentait sur la surface externe du maxillaire une plaie d'où le pus s'écoulait ; on se trouvait en face d'une adénite suppurante déterminée par la carie compliquée de la première molaire inférieure gauche. Cet élève était resté six semaines en traitement dans un établissement hospitalier où cette incision extérieure lui avait été faite sans que l'on eût l'idée d'enlever la cause du mal, c'est-à-dire l'organe incriminé. L'extraction de cette dent, déclarée d'urgence, doit avoir été opérée actuellement.

M. Thioly-Regard a conservé le souvenir de la visite qu'il reçut, il y a quelques mois, d'un jeune employé âgé de 19 ans, dont la joue droite était totalement déformée par cinq ou six larges incisions extérieures pratiquées par un docteur, dans l'intention d'obtenir la résolution d'un phlegmon purulent, causé par la racine de la seconde petite molaire supérieure. Il ajoute que si l'extraction d'une dent est une opération courante, ne donnant lieu le plus souvent à aucun ennui subséquent, il n'en est pas moins vrai que, suivant certaines circonstances, des troubles très graves peuvent survenir postérieurement sans que le dentiste puisse en être le moins du monde accusé ; surtout si l'on considère que celui-ci n'a pas la ressource de suivre la guérison de son patient comme peut le faire un chirurgien qui a incisé un panaris ou amputé un doigt. Au contraire, le

plus généralement, lorsque sa souffrance n'est pas coupée instantanément après l'extraction d'un chicot, le client, au lieu de retourner consulter son dentiste, fera de préférence appeler un docteur-médecin qui, malgré ses connaissances médicales approfondies, n'a absolument aucune idée du traitement rationnel antiseptique des plaies alvéolaires ; il aggravera plutôt le mal en prescrivant des pommades, des cataplasmes émollients, et encore faut-il s'estimer bien heureux s'il ne cherche pas à vaincre l'inflammation à coups de bistouri et qu'après ce traitement il ne conseille pas à sa victime de porter plainte contre le dentiste coupable, selon lui, d'avoir soi-disant déchiré la gencive et brisé le maxillaire.

M. Blanc dit que le dentiste est quelquefois très embarrassé pour expliquer aux clients la cause des suites désagréables d'extractions habilement conduites. Il a pu se rendre compte par lui-même que les plaintes proférées par eux se rapportant à des douleurs consécutives sont quelquefois justes. Ayant souffert pendant un certain temps de la présence d'une molaire inférieure, il prit dernièrement la résolution de la faire extraire; l'opération habilement pratiquée demanda l'emploi d'une certaine force, la lame alvéolaire intra-radiculaire maintenue par les deux racines atteintes d'exostose sortit avec elles; la guérison se fit attendre une quinzaine de jours, par suite d'une légère suppuration des parois de l'alvéole ; il y eut même un peu de fièvre et de la douleur qui ne cessèrent qu'après des badigeonnages iodés et des gargarismes au thymol.

LEPÈRE HIOSTE.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(*Séance du* 22 *novembre* 1893.)

RÉSECTION DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR. PROTHÈSE IMMÉDIATE [1]

M. P. Michaux. — Je présente à la Société un malade atteint de récidive maxillaire d'un épithélioma de la lèvre, auquel j'ai fait, il y a 12 jours seulement, la résection de la moitié droite du maxillaire inférieur, suivie de prothèse immédiate de ce maxillaire, suivant la méthode de M. le Dr Claude Martin, de Lyon.

Voici l'histoire abrégée de mon opéré : épithélioma de la lèvre inférieure ayant débuté il y a 5 ans, opéré le 27 juin 1893 ; récidive trois mois après dans le maxillaire inférieur droit. Le 2 novembre, je pratique la résection de la moitié droite du maxillaire inférieur suivie de prothèse immédiate, par M. Roy, un de mes élèves.

L'appareil en caoutchouc durci, muni d'un système de canaux ouverts sur le bord libre, est fixé par deux plaques métalliques à l'autre moitié du maxillaire et relié par un ressort à une pièce appliquée à la mâchoire supérieure.

---

1. Notre collaborateur M. Roy, qui a fait cet appareil, publiera ultérieurement ici l'observation complète du malade et la description de l'appareil.

Immédiatement après l'opération, le malade remue la mâchoire d'une façon remarquable. On fait un pansement extérieur iodoformé et toutes les heures des lavages de la cavité buccale avec une solution de chloral au 100e. Le malade n'a pas eu la moindre élévation de température et la réunion a été obtenue par première intention; on enlève les fils au septième jour.

Aujourd'hui, douze jours après l'opération, les mouvements de la mâchoire sont relativement très étendus ; il mange des soupes, de la viande hachée, il parle d'une façon très convenable, il n'a pas de déformation de la face et ses dents s'articulent normalement.

A mon avis, ni les restaurations secondaires si difficiles, ni les appareils plus simples préconisés par Boeunecken n'auraient donné un résultat aussi beau au point de vue esthétique et fonctionnel que celui obtenu avec l'appareil de M. Martin confectionné par M. Roy.

M. Prengrueber. J'ai également utilisé, il y a quatre mois, le procédé de M. Martin pour une résection de cinq à six centimètres de la partie antérieure du maxillaire inférieur, pour un cancer du plancher de la bouche. J'ai remplacé immédiatement la partie réséquée par un appareil de M. Martin fait par M. Godon (Voir *Revue Internationale d'Odontologie*, 1893, p.391), auquel je fixai le moignon de langue.

Le résultat immédiat fut excellent. Malheureusement, un mois après sa sortie de l'hôpital le malade avait une récidive absolument inopérable.

WORLD'S COLUMBIAN DENTAL CONGRESS

Compte rendu sommaire rédigé pour la *Revue Internationale d'odontologie.*

Section Ire.

ANATOMIE ET HISTOIRE (*Suite* [1])

M. X. Sudduth. — Il y a quelques années, j'ai pu observer un individu qui avait un manque de développement des glandes sudorifiques. Les dents temporaires aussi étaient tout à fait défectueuses comme forme et comme qualité. Il y avait une absence entière de cheveux sur la plus grande partie, du corps et sur le crâne ils étaient très rares, mal formés, et chose étrange à dire cependant, les dents permanentes étaient bien developpées, la structure et le nombre étaient normaux.

Dans le développement des dents, l'organe de l'émail doit invariablement précéder les formations osseuses. L'histoire des dents et des cheveux est identique; les deux commencent en même temps, vers la sixième semaine de la vie intra-utérine.

1. Voir *Revue Internationale d'odontologie*, septembre 1893, p. 402, octobre, 442.

Hertzmann et Bodecker, dans leur *Contributions à l'histoire du développement des dents*, font remonter leurs recherches jusqu'au neuvième mois de la vie fœtale. J'ai suivi ces études depuis l'époque de la naissance afin de rechercher le progrès de développement des dents temporaires, aussi bien que des dents permanentes. Deux des mâchoires inférieures d'enfants nouveau-nés en apparence bien développés, étaient extraites aussitôt après la mort, puis détachées de leur tissu mou et mises dans de l'alcool ; elles étaient placées ensuite dans une solution à 1/2 p. 100 d'acide chromique dans le but de décalcifier les tissus durs, et en même temps de préserver les tissus mous. J'appelle spécialement l'attention sur cette méthode, parce qu'elle est la plus sûre pour la préservation des dents.

Des descriptions antérieures sur ce sujet ont été controversées en Allemagne, par cette raison que la préservation des tissus n'était pas complètement faite.

Après avoir plusieurs fois renouvelé la solution d'acide chromique, les mâchoires étaient supposées assez molles pour être tranchées avec un rasoir, mais on trouva que les portions centrales, après avoir été coupées en sections, étaient encore dures et avaient besoin d'être de nouveau immergées dans la solution d'acide chromique pour compléter la décalcification. Les sections faisaient partie de la moitié droite de chacune des mâchoires. Elles étaient tranchées en rayons dans le but d'obtenir des coupes verticales et antéro-postérieures; elles furent fixées dans une solution de celluloïd. Chacune d'elles était numérotée avec le plus grand soin afin de respecter la succession des follicules. Celles choisies pour être montées contenaient des dents ou des particularités caractéristiques. La somme totale des coupes obtenues était de cent vingt-cinq ; celles qui montraient la dent dans la plus grande perfection étaient choisies pour l'étude et le dessin.

Avant d'entrer dans la description proprement dite, je dois dire que l'un des maxillaires était faiblement rachitique.

La première dent rencontrée était l'incisive centrale. Le follicule de cette dent avait une forme ovoïde émoussée, son sommet était un peu plus large, et se terminait légèrement en pointe à la partie inférieure.

Le follicule à cette période constitue la couronne de la dent, et il n'y a encore nulle trace de la racine. Le follicule est composé d'un tissu connectif et est faiblement fourni de capillaires. La superficie du follicule montre une rangée d'odontoblastes sur la face labiale, cela partiellement. On ne les voit que sur le tiers inférieur du follicule. Sur la moitié de la partie supérieure, aussi bien que tout le long de la face linguale, la surface du germe montre un tissu médullaire myxomateux sans qu'il y ait trace de tissu fibreux, tandis que le reste du follicule en est abondamment fourni. Le sommet est revêtu de dentine et d'un chapeau d'émail ; le diamètre de la première excède quelque peu sur le second. La couche de dentine est

quelque peu plus avancée sur le côté labial que sur le lingual ; elle présente une partie non calcifiée : la plus rapprochée du follicule, se colore profondément par le carmin tandis que la partie calcifiée ne se colore point.

La ligne de séparation est marquée par un dépôt globuleux de sels calcaires.

Le chapeau d'émail d'un brun grisâtre (dû à l'acide chromique) s'arrête brusquement au sommet de la dentine et est, à sa partie périphérique, fait de prismes régulièrement développés.

L'épithélium intérieur, duquel s'élèvent les *ameloblastes*, produit une rangée parfaite autour du follicule, sauf à l'apex.

Le point où se recourbe l'épithélium extérieur, qui est très irrégulier à cette époque de développement, est notablement plus profond sur le côté labial que sur le lingual. L'espace, compris entre l'épithélium intérieur et la dent déjà formée, montre simplement une couche de corps protoplasmique dans lesquels les *ameloblastes* se sont résorbés avant d'être infiltrés de sels calcaires.

Puisque cette particularité existe dans toutes les dents des maxillaires, les spécimens sont de grande valeur en aidant au moins, en fixant une question encore discutée comme celle du mode de développement de l'émail.

Je me propose d'approfondir davantage la question sur ce sujet après la description de la canine.

L'incisive centrale permanente est formée d'un follicule considérablement plus large,mais ayant des chapeaux de dentine et d'émail moins développés que la dent temporaire correspondante. Le follicule est formé exclusivement de tissu médullaire et fourni de vaisseaux sanguins peu nombreux. Aucun de ces vaisseaux ne peut être vu clairement dans le spécimen dont la photographie a été prise. L'épithélium intérieur et extérieur sont seuls visibles. L'organe de l'émail est beaucoup moins avancé dans la formation du tissu *myxomateux*, spécialement au point où l'épithélium se recourbe, que dans la dent temporaire.

L'incisive latérale temporaire a un follicule beaucoup plus long que celui de la centrale et en même temps il est plus cylindrique ; d'ailleurs sa structure est identique sous les autres rapports. Au sommet du follicule nous remarquons une partie labiale arrondie, et un angle aigu à la partie linguale. Nous observons une rangée d'*odontoblastes* seulement à la portion centrale de la surface labiale, au sommet et aux deux tiers supérieurs de la face linguale. Le reste de la surface est occupé par du tissu médullaire privé d'éléments fibreux, ainsi que dans l'incisive centrale. Le chapeau de dentine est considérablement plus large que celui de l'incisive centrale, et s'étend en bas sur la surface labiale. Il forme un angle prononcé à la partie linguale du sommet de la dent sur la dentine. La ligne de séparation entre la portion *non calcifiée* et celle *calcifiée* est plus en évidence que dans l'incisive centrale. Le chapeau d'émail est environ de même largeur que celui de la centrale et suit strictement dans son contour le recouvrement de la dentine.

Une particularité dans cette dent est le tissu médullaire qui occupe l'espace compris entre la rangée d'*ameloblastes* et la surface de la dent.

La partie myxomateuse de l'organe de l'émail dans les deux incisives temporaires ne montre pas un réticulum bien développé, mais est plutôt une masse protoplasmique finement granulaire. On doit dire, que la période de développement du réticulum myxomateux est de formation progressive. L'incisive permanente latérale a une papille oblongue remarquable par l'arrêt brusque de l'émail et du chapeau de dentine sur la face linguale. Les vaisseaux sanguins sont comparativement très peu nombreux ; ils traversent le tissu médullaire du follicule. On voit seulement à la face linguale et postérieure sur le bord libre une rangée bien développée d'odontoblastes ; le reste du bord libre en est le plus souvent dépourvu. Le reste de la surface folliculaire montre seulement des rangées de corpuscules médullaires qui forment ultérieurement la couche odontoblastique. Un trait remarquable dans ce spécimen est la différence entre les points recourbés de l'épithélium qui, à la face labiale, embrasse une partie du fond du follicule, tandis qu'au côté lingual il n'atteint que la moitié de la longueur.

La canine temporaire a un follicule quelque peu triangulaire avec un sommet aigu, elle est irrégulièrement ronde à la base avec la partie linguale descendant légèrement plus bas. La structure du follicule ne diffère pas de celle des muscles, le nombre des capillaires est à peu près le même. On observe une rangée d'odontoblastes à la partie basse de la surface de la dent. Le sommet est occupé par un tissu myxomateux bien formé, puis le reste de la surface montre du tissu médullaire. Le chapeau de dentine est très large et de forme pointue à son sommet. Il s'étend assez profondément sur la surface du follicule, mais surtout du côté postérieur. La partie non calcifiée est plus étroite, et la ligne globulaire moins prononcée que sur les autres points. Le chapeau d'émail est également très large, s'arrête brusquement dans la dentine et est régulier sous tous les rapports.

Les coupes de la canine étaient si parfaites qu'elles pouvaient être examinées dans le but de fixer certaines questions discutées : le développement de la dentine et de l'émail.

La majorité des histologistes a considéré les odontoblastes comme de la dentine embryonnaire ; mais Hertzmann et Bodecker, dans l'article précité, nièrent les premiers la transformation directe des odontoblastes en dentine. E. Klein, de Londres, et A. R. Andrews, de Cambridge, au contraire, ont attribué aux cellules fibreuses spécifiques la production des correspondantes dans la substance fondamentale.

Cette opinion a été soutenue par une démonstration établissant que les cellules fibreuses étaient des odontoblastes cunéiformes, qu'ils étaient plus nombreux, et disposés en une ligne légèrement courbée spécialement au sommet.

Dans le fœtus du porc, le sommet du follicule est occupé presque exclusivement par des odontoblastes étroits et cunéiformes. La dif-

ficulté est cependant aisément surmontée par la démonstration des corpuscules médullaires à la périphérie immédiatement au-dessous de la dentine déjà formée. Dans mes spécimens, particulièrement ceux de la canine, on est frappé par la rareté des odontoblastes et la présence d'éléments médullaires à leur place; une rangée d'odontoblastes est visible sur une portion de la labiale, une autre sur une portion de la face linguale seulement.

Les odontoblastes sont très rarement arrangés en angles aigus dans les canalicules dentinaires. Cette forme peut être attribuée très probablement au progrès de la calcification, à la déformation subséquente par suite de la contraction. De bonnes raisons peuvent être alléguées en faveur de l'opinion contraire, les spécimens si parfaits étant destinés à former la dentine. Dans notre canine, la plus grande surface de la papille est occupée par un tissu médullaire, par un tissu myxomateux approchant presque en élégance de celle de l'organe de l'émail. Entre ce tissu myxomateux et le bord de la dentine non calcifiée, on voit un amas de corpuscules indifférents ou médullaires, arrangés longitudinalement le long de la surface, cependant ils ne sont pas encore disposés pour la formation de la dentine. Au-dessous de ce tissu myxomateux nous trouvons un tissu mixo-fibreux vasculaire constituant la masse du germe.

Entre l'émail bien développé et la rangée d'ameloblastes, il y a une large couche de tissu médullaire, considérablement plus large que dans aucun spécimen de dents humaines normales. Ebner est opposé à l'idée que les ameloblastes ne sont pas des formateurs de l'émail, mais ont seulement un rôle transitoire, tirant leur origine de corpuscules coalescents et médullaires avant l'apparition du tissu de l'émail.

Cela n'explique pas la composition des prismes de l'émail en petits blocs carrés et à facettes. Je demanderai même au savant professeur, si ses coupes étaient parfaites et si elles montraient les prismes de l'émail, le tissu médullaire entre les ameloblastes propres et l'émail formé. Quant à moi, je réponds de la perfection de mes coupes.

(A suivre.)

REVUE DE L'ÉTRANGER

SUR L'ÉTIOLOGIE ET LA PATHOGÉNIE DE LA PÉRIOSTITE DENTAIRE

Par M. G.-P. Schleier.

Le présent article a pour objet d'exposer une série de recherches bactériologiques, faites par M. Dr E. Schreier sur les produits inflammatoires qui se forment dans l'affection désignée ci-dessus, avec les substances extraites du foyer pathologique. Tout le monde est d'accord que la périostite alvéolo-dentaire, ainsi que l'inflammation de la pulpe, sont d'origine infectieuse et que, dans la grande majorité des cas, l'agent de l'infection pénètre jusqu'au périoste par le canal dentaire. Or jusqu'à présent des indications plus exactes sur la nature de cet agent manquaient complètement. Dans des travaux récents, on se borne à reconnaître la cause la plus fréquente de l'infection dans la pulpe malade ou gangrenée.

Mais maintenant on connaît suffisamment qu'il peut se trouver dans la pulpe infectée des microorganismes de formes diverses : pathogènes et indifférents. La présence des premières a été démontrée par M. Muller à l'aide de cultures et surtout par des expériences sur des animaux. C'est pourquoi il serait à désirer que ces formes soient définies et que leurs relations avec l'affection soient établies, si ce ne sont que les formes pathogènes, — et lesquelles notamment, — qui agissent seules ou conjointement avec des formes saprophytes. M. Muller affirme que « l'infection dans » la région du sommet de la racine dentaire dépend de la pénétra- » tion des bactéries pyogènes du canal dentaire dans le tissu envi- » ronnant ou de ce que la substance contenant des bactéries s'a- » vance mécaniquement à travers l'ouverture du sommet ». Mais dans d'autres endroits de son livre, M. Muller y joint les bacilles pyogènes et donne à la fin la description d'une vaste série de microorganismes pathogènes cultivés dont les relations avec le processus pathologique chez l'homme restent inconnues jusqu'à présent.

Ainsi il est évident qu'un grand nombre de questions se posent et leur solution est d'une haute importance pour expliquer le processus de l'infection et, par conséquent, pour toute la science dentaire en général. L'auteur a fait des recherches sur l'agent infectieux dans la région même de l'inflammation. Le périoste enflammé avec ou sans pulpite, la pulpe et les alvéoles abcédés ont été examinés pour déterminer l'agent du processus morbide.

Dans ce but :

1° On fait l'examen microscopique du foyer morbide et des produits qui s'y sont formés pour démontrer la présence des microorganismes ;

2° On essaie de cultiver ces produits;

3° On éprouve les microorganismes isolés par la culture sur des animaux sensibles à leur virulence.

L'auteur dit avoir réalisé la deuxième condition dans toutes ses recherches ; il n'en a pas été de même de la première, à cause de la quantité insuffisante de substances à sa disposition. L'étude de la nature pathogène des microorganismes trouvés sur des animaux n'a également pas eu lieu, puisqu'on n'obtenait que des microorganismes qui sous ce rapport ont été analysés antérieurement. Mais étant donné l'identité des résultats obtenus par les cultures, ainsi que le nombre assez grand d'expériences faites, le travail doit être considéré comme exact.

Vingt cas de périostite et de pulpite ont été examinés pour démontrer la présence des microorganismes, lesquels, recueillis, ont été cultivés.

I. — B..., 35 ans. Périostite de la première molaire gauche inférieure. Cette dent a été traitée par l'auteur six mois avant pour une pulpite ; elle a été obturée au ciment à la deuxième séance, après l'extraction de la pulpe suivant une cautérisation avec de l'arsenic ; le canal dentaire a été obturé avec de l'ouate phéniquée. Au cours du traitement on observait un phénomène remarquable que l'auteur ne pouvait s'expliquer alors : aussitôt que la sonde pénétrait dans le canal dentaire jusqu'à la profondeur de 7 mm. à peu près, une forte douleur se manifestait ; elle disparaissait par l'enfoncement de l'instrument. Deux jours après la sensibilité de la dent devient minime, pas de tuméfaction, pas de suppuration. Une saignée locale produite par incision fit disparaître les symptômes morbides dans une seule journée. La dent reste calme depuis, mais dans la nuit une douleur épouvantable se produit tout d'un coup, qui dure deux jours.

A l'examen on constata sur la surface extérieure de la mâchoire inférieure, à l'endroit de la dent, une tuméfaction dure, grande comme une noix, non fluctuante, couverte d'une gencive rouge, enflammée, sensible à la pression.

La muqueuse de la tumeur est lavée au sublimé d'abord, à l'alcool ensuite ; avec une seringue de Pravaz introduite jusqu'à l'os on retire environ trois gouttes d'un liquide sanguinoséreux. On aspire dans la seringue près de 3 cm. c. d'eau stérilisée et on la vide dans un tube stérilisé dans le but d'analyser son contenu : on procède à l'incision de l'abcès et le malade est engagé à se représenter le lendemain.

L'examen microscopique ne décèle pas de microorganisme, mais par la culture et l'injection faite à des rats on trouve ultérieurement le pneumocoque.

Le lendemain le malade réclame l'extraction; elle est faite avec toutes les précautions exigées pour permettre l'examen. La racine de la dent arrachée présenta au sommet une prolifération du périoste grande comme une lentille, en forme d'une poche purulente. Les cultures prouvèrent la présence du même pneumocoque. La dent fendue, on remarqua à 1 mm. du sommet de la racine un canal latéral très mince, qui s'éloigne du canal et qui ressemblait à l'extérieur à une gouttière sur la racine; ce canal contenait une partie de la pulpe; la coloration en était d'un rouge vif.

Il est évident que cette anomalie était la cause de la douleur qui se manifestait quand on sondait le canal.

II. — Pulpite. Il était impossible à l'auteur de distinguer exactement dans ces recherches les diverses formes de cette affection. Le diagnostic s'appuie sur des manifestations cliniques : sensibilité au sondage de la cavité et l'insensibilité de la dent à la percussion. Dans quelques cas on cultivait les substances prises du périoste, dans d'autres de la pulpe qui, examinée au microscope, ne présenta pas de modifications. Dans le cas présent, il s'agissait de la deuxième molaire gauche supérieure. On arrache la dent avec les précautions nécessaires. Le résultat obtenu est le même que dans le cas précédent.

III. — E..., 24 ans. Sur la surface extérieure de la partie gauche de la mâchoire supérieure vis-à-vis la première molaire, on remarque une tuméfaction de la grosseur d'une noix, fluctuante, peu sensible à la pression, n'occasionnant pas de troubles notables, et existant depuis quelques jours seulement.

La pulpe dentaire est gangrenée. Par une incision on fait sortir près de dix gouttes de pus vert jaunâtre, sans odeur. L'examen démontre la présence de staphylocoques pyogènes blancs.

IV. — H..., 45 ans. La première molaire droite supérieure est la dent examinée. Elle est cariée, les autres dents de ce côté manquent toutes jusqu'à la dent canine. Les alvéoles sont considérablement atrophiés ; la pulpe est gangrenée. L'examen microscopique et les cultures établirent, comme dans le cas précédent, l'existence de staphylocoques pyogènes blancs.

V. — Pr..., 43 ans. Tuméfaction considérable de tout le côté droit de la face. Le point de départ de l'affection est la première molaire droite supérieure. La pulpe est gangrenée; il n'y a pas de suppuration visible. Extraction. On trouve un pneumococcus.

VI. — N..., 25 ans. Une forte douleur durant deux jours dans la région de la première molaire droite, laquelle a été pourvue il y a six semaines d'une couronne de Logan, scellée par de la gutta-percha. Une tuméfaction modérée dans la région de la fosse canine, la gencive rouge, enflammée, la racine sensible à la pression, pas de fluctuation. On fait l'incision à l'endroit du sommet de la racine, jusqu'à l'os. L'analyse prouve l'absence des microorganismes. Le jour suivant la douleur diminue. L'incision s'est cicatrisée. Au troisième jour, une fluctuation visible au-dessus du sommet de la racine. On répète l'incision et l'on retire un pus brun, grenu. De l'examen il résulte un pneumococcus.

VII. — Femme, 20 ans. Une pulpite de la première molaire gauche supérieure. Extraction de la dent; à 3 mm. du sommet de la racine, le périoste rougi en forme d'un mince anneau.

On trouve un staphylococcus pyogène blanc accompagné d'un pneumococcus.

VIII. — W... Une pulpite de la deuxième molaire. Extraction.

Le périoste rouge. On trouve les mêmes staphylococcus et diplococcus.

IX. — Fille, 12 ans. Une pulpite de la première molaire gauche inférieure ; on procède à l'inoculation du périoste.

Le même résultat comme dans le VIII.

X. — Femme, 25 ans. Une pulpite de la deuxième molaire gauche inférieure. Extraction. L'inoculation de la pulpe démontre un pneumococcus.

XI. — Homme, 30 ans. Une ancienne fistule gingivale partant de la racine de la deuxième molaire droite supérieure. En deux jours la sécrétion de la fistule augmente. Lavage au sublimé et à l'alcool. On exprime une goutte de la fistule et on obtient comme résultat des recherches : un staphylococcus pyogène blanc et un pneumococcus. Inoculation du sommet de la racine ; même résultat.

XII. — Femme, 28 ans. Il y a six semaines, la racine de la petite dent incisive gauche supérieure a été obturée afin d'être recouverte d'un appareil. Une périostite suivie d'une tuméfaction considérable de la face ; fluctuation visible. Par incision on élimine près de trente gouttes de pus riche en sang ; on trouve un pneumococcus. On arrache la dent et on procède à l'inoculation du sommet de la racine ; on trouve le même diplococcus accompagné d'un staphylococcus pyogène doré.

XIII. — Garçon, 15 ans. Une pulpite de la première molaire droite supérieure. Extraction. Inoculation du périoste du sommet de la racine. On trouve un pneumococcus.

XIV. — Fille, 7 ans. Une pulpite de la première molaire gauche inférieure.

Extraction et inoculation du périoste. On obtient près de cinquante colonies de pneumococcus.

XV. — Homme, 20 ans. Une pulpite de la deuxième molaire droite inférieure. Inoculation de la pulpe de la racine. On trouve quelques colonies du même diplococcus.

XVI. — Pulpite totale de la deuxième molaire droite inférieure ; carie dentaire ; suppuration de la pulpe de la couronne ; cautérisation à l'arsenic. Deux jours après, on nettoie les canaux de la racine et l'on bouche la cavité avec de la résine. Cinq jours après le malade se plaint d'une douleur légère, mais continuelle au fond de la mâchoire. Pas de tuméfaction, et l'on enlève l'obturation provisoire. En sondant le canal, on retire environ dix gouttes de pus et l'on trouve dans les préparations un staphylococcus pyogène doré.

XVII. — Une pulpite de la première molaire gauche inférieure chez une femme, 25 ans. Extraction et inoculation du périoste. On trouve environ quarante colonies d'un pneumococcus et cinq colonies d'un staphylococcus pyogène blanc.

XVIII. — Homme, 40 ans. Une périostite de la deuxième molaire gauche supérieure ; pas de tuméfaction ; suppuration de la pulpe, mais sans odeur. Extraction et inoculation du périoste. On trouve cinquante colonies à peu près d'un staphylococcus pyogène blanc.

XIX. — Un abcès sous-gingival, grand comme un œuf de pigeon, sur la partie gauche de la mâchoire inférieure, s'est développé de la première molaire qui a été obturée ; l'obturation à l'amalgame est bien adhérente. On procède à l'incision et on fait sortir un pus liquide brunâtre, sans odeur. Inoculation au bistouri. On trouve près de quatre-vingts colonies d'un pneumococcus. Deux jours après, on arrache la dent ; on trouve le périoste transformé en une pâte épaisse, granuleuse. La dent fendue, on trouve que l'amalgame occupe la cavité de la pulpe ; les canaux de la racine qui n'étaient pas plombés étaient vides ; leurs parois ont été couvertes d'un précipité noir, humide, dont la couleur dépendait évidemment de l'amalgame.

L'inoculation de ce précipité ne donna pas de résultats. La dent a été obturée il y a huit mois et n'occasionnait jamais de douleurs ; la tumeur s'est développée pendant le dernier mais, sans provoquer de troubles particuliers.

XX. — Homme, 20 ans. La grande incisive gauche supérieure a été obturée au ciment il y a un an et demi, des deux côtés contigus. Une périostite avec tuméfaction modérée, sans fluctuation, s'établit. On met la dent stérilisée, on la perce du côté de la langue ; à travers l'ouverture percée, un pus assez liquide, grenu, s'écoule ; on en fait une inoculation et on trouve près de soixante-dix colonies d'un streptococcus pyogène.

Ainsi ce ne sont que trois formes de microorganismes qui ont été

trouvées dans tous les cas examinés : le staphylocoque pyogène blanc et doré, le streptocoque pyogène et le pneumocoque (diplococcus de la pneumonie). La présence exclusive de ce dernier est particulièrement remarquable. Ces recherches concordent avec celles de M. Nannoti (*Lo sperimentale*, w. 12, 1891), qui ne trouva que le pneumococcus dans quatre abcès développés, indépendamment du processus pneumonique. Deux de ces quatre abcès étaient en relation avec des dents cariées, l'un grand comme une orange sur la partie gauche de la mâchoire inférieure et l'autre — abcès du périoste — de la grosseur d'une noix, sur la partie droite de la mâchoire supérieure.

Bien qu'il ne soit pas extraordinaire que dans les processus inflammatoires, suivis dans la plupart des cas d'une suppuration, on trouve des bactéries, néanmoins leur présence a une certaine importance. Il en ressort d'abord que la pulpe dentaire, mise à nu, et par conséquent le canal dentaire lui-même peuvent souvent servir comme voies de pénétration pour les microorganismes pathogènes dont la connexion avec diverses affections graves — le phlegmon, l'endocardite ulcéreuse, l'ostéomyélite, la méningite et la pyémie — est incontestablement prouvée. Chaque pulpite ou périostite peut donc dans certaines conditions provoquer des troubles graves dans l'organisme humain.

Le phénomène de l'infection de la pulpe et du périoste a ainsi une cause évidente. La pulpe mise à nu, c'est une plaie exposée au danger de l'infection. Celle-ci peut avoir lieu au moment où la pulpe est encore couverte d'une couche de dentine : il faut admettre par conséquent que cette couche peut être traversée par l'agent spécifique. Par contre, l'infection peut ne pas avoir lieu, alors même qu'une partie considérable de la pulpe est mise à nu ; elle peut survenir quand la pulpe est mortifiée entièrement ou en partie sous l'influence des agents extérieurs mécaniques, chimiques, etc. Des recherches mentionnées, il ressort ensuite qu'en l'état actuel de nos connaissances de la carie dentaire on ne peut pas considérer la dentine cariée comme cause de la pulpite, comme l'admettaient MM. Nessel et Metnitz. Une telle supposition ne saurait être admise qu'à la seule condition que la participation des agents de la suppuration dans le processus de la carie ait été démontrée. De même entre la gangrène de la pulpe et la périostite, il n'existe qu'une corrélation très faible. Cette dernière ne se produira que quand les agents de la suppuration seront présents.

Mais si ces éléments manquent (d'après M. Muller), la pulpe mortifiée ne présente guère de dangers en général.

Il est évident enfin que la pulpite et la périostite sont des processus qui peuvent dégénérer directement l'un en l'autre. L'irritation du périoste qui survient dans une pulpite et qui se caractérise par une rougeur dans la région du sommet de la racine (hyperhémie symptomatique périosto-dentaire de Nessel) indique une infection venant du périoste et c'est pourquoi presque dans tous les cas on obtient dans ces conditions des cultures d'un agent spécifique. Ici,

comme en général dans les inflammations provoquées par les microorganismes, l'étendue de la région de l'inflammation primaire est beaucoup plus vaste que ne l'est la région de la suppuration suivante. Ce phénomène est d'une grande importance pour la pratique quotidienne.

Dans son travail, M. Nessel dit que les pyohémies ayant une issue mortelle ne sont pas rares, surtout quand elles succèdent à l'extraction nécessitée par une périostite ; il est donc injuste d'accuser en pareille occurrence le médecin d'avoir provoqué dans l'opération une infection, puisque le champ d'opération était infecté antérieurement.

Parmi les cas examinés par l'auteur, il y a eu quatre périostites qui se sont développées sur des dents traitées et plombées il y a six semaines ou jusqu'à un an et demi. Ce phénomène que l'on observe souvent trouve son explication détaillée dans le livre de M. Muller, qui dit entre autres : « Il s'agit des cas où une partie de la pulpe » s'est conservée pendant le traitement ; sous l'influence de l'agent » antiseptique, ces restes de la pulpe se sont maintenus stériles » pendant une longue durée ; or avec le temps l'agent antiseptique » perd peu à peu son énergie , les bactéries réussissent à regagner » le sommet de la racine par la circulation du sang, la mortification survient dans les restes de la pulpe et, aussitôt après, les » symptômes signalés viennent se manifester. »

Cette explication n'est pas entièrement satisfaisante, ne serait-ce que pour cette raison que l'on chercherait vainement des phénomènes analogues dans la pathologie générale. Il serait plus simple d'admettre qu'au cours du traitement des matières infectieuses ont pénétré dans le voisinage de la chambre pulpaire, puis que leur action morbide s'est développée dans la suite.

Sans pousser à l'extrême, on peut supposer que ce sont ces bactéries, souvent peu virulentes, qui provoquent l'inflammation chronique, qui dure des années, s'aggrave pour des causes inconnues et se transforme en une périostite aiguë. Cette inflammation chronique se manifeste par des formations kystiques, que l'on remarque si souvent au sommet de la racine. Dans les recherches de l'auteur, de telles proliférations périostiques ont été observées dans les cas n°s 1 et 19. Dans le cas n° 12, on a établi une infection mixte par le staphylococcus doré et le pneumococcus ; cette circonstance est de nature à contester le mode de propagation de l'infection, décrit par M. Muller. Dans le 20e cas enfin, il faut admettre la présence d'un streptococcus pyogène dans la cavité mal préparée, lequel infectionna cette dernière et provoqua les phénomènes décrits. Si nous considérons les formations kystiques décrites plus haut comme des abcès enkystés, le cas énigmatique de l'infection nous paraît plus simple ; ce serait un des processus, le plus connu dans la pathologie, qui consiste en ce que ce genre d'abcès peut se trouver dans des organes les plus importants sans y occasionner les moindres troubles, qu'ils y restent latents pendant des années pour devenir tout d'un coup la cause des symptômes les plus graves.

La participation presque exclusive du pneumocoque rend compréhensible une quantité de phénomènes cliniques des affections qui nous occupent. La présence fréquente de cette bactérie dans la cavité buccale démontre la cause de l'infection, ainsi que la virulence variable de cette bactérie ; on s'explique sans difficulté les divers degrés de l'intensité inflammatoire, mais on ne peut certes nier le rôle des conditions anatomiques spéciales. Mais encore une circonstance mérite particulièrement d'être mentionnée : c'est l'influence du refroidissement sur la détermination des accidents. La grande majorité des malades qui s'adressent au dentiste avec une pulpite ou une périostite regardent le refroidissement comme cause de l'affection ; la plupart qui souffrent d'une fistule gingivale attribuent à la même origine chaque sécrétion augmentée de la fistule. D'après les recherches de l'auteur, on ne saurait refuser une certaine importance à cette créance, puisque dans d'autres processus provoqués par le pneumococcus et surtout dans la pneumonie, il faut également considérer le refroidissement comme cause très importante et très fréquente.

On ne saurait certes généraliser les résultats de ces recherches à cause de leur petit nombre ; mais en considérant leur caractère réitéré et leur accord avec des faits connus de la pathologie, il serait permis d'en tirer les conclusions suivantes, comme très vraisemblables :

1° La pulpite et la périostite sont des affections occasionnées par l'infection par des bactéries pyogènes ;

2° L'agent observé le plus souvent dans ces maladies est le pneumocoque ;

3° Il est peu probable que le bacille pyogène de la pulpe décrit par M. Muller, de même que les microorganismes pathogènes pour les animaux, et cultivés par M. Muller et par d'autres, soient d'une importance pour la pathogénie de la la pulpite et de la périostite.

Il va sans dire que l'auteur ne conteste aucunement la possibilité admise en général de pénétration, dans l'organisme, à travers la pulpe et le périoste, des agents les plus divers d'infection (surtout de l'actynomicosis).

THÉRAPEUTIQUE. MATIÈRE MÉDICALE. DENTISTERIE OPÉRATOIRE

I. Sur un mémoire de M. le Dr de Christmas intitulé : « Sur quelques mélanges antiseptiques et leur valeur microbicide ». — II. Le cobalt de Herbst. — III. Traitement du tic douloureux de la face. — IV. Nouvel inhalateur compte-gouttes pour l'anesthésie. — V. Traitement abortif du coryza aigu. — VI. Un signe de la mort. — VII. Danger d'explosion des pastilles comprimées de chlorate de potasse. — VIII. Antiseptine. — IX. Topique contre les plaies. — X. L'acide eugénolacétique. — XI. Emploi du chlorure d'éthyle.

I. — Sur un mémoire de M. le Dr de Christmas intitulé : « Sur quelques mélanges antiseptiques et leur valeur microbicide »

Par M. Cornil [1].

Dans la séance du 28 juin dernier, je vous ai présenté un mémoire de M. le Dr de Christmas, publié dans les *Annales de l'Institut Pasteur* et intitulé : *Quelques mélanges antiseptiques et leur valeur microbicide*; vous nous avez chargé de vous en rendre compte.

Le travail de M. de Christmas est basé sur ce fait très important, constaté par M. le Dr Laplace et utilisé par M. Chantemesse et moi dans la désinfection appliquée à la pneumo-entérite du porc, c'est que le mélange de certaines substances antiseptiques augmente leur force microbicide sans que pour cela leur toxicité s'accroisse dans les mêmes proportions. M. de Christmas a voulu essayer de combiner différentes substances compatibles entre elles, et ces essais l'ont amené à une formule qui semble très bien répondre à son but : augmentation de la force microbicide et diminution de la toxicité. Voici la formule de ce mélange, auquel il donne le nom de phénosalyl :

Acide phénique	9	grammes.
Acide salicylique	1	—
Acide lactique	2	—
Menthol	10	centigr.
Essence d'eucalyptus	50	—

Ce mélange se prépare en chauffant les trois acides jusqu'à liquéfaction. Il est très soluble dans la glycérine et il se dissout dans l'eau jusqu'à la proportion de 3 0/0. Il se présente sous forme d'un liquide de consistance sirupeuse presque incolore. Son pouvoir antiseptique est considérable et bien supérieur à celui de l'acide phénique pur, tout en étant beaucoup moins toxique. Les essais ont en effet montré que des cultures du staphylocoque de la suppuration, qui est un des plus résistants des microbes pathogènes envers les agents chimiques, sont tuées lorsqu'on les met en contact une minute avec une solution de phénosalyl à 7,5 0/00, tandis qu'il faut employer pour obtenir ce même résultat une quantité plus de trois fois plus forte, soit 25 grammes pour 1.000 d'acide phénique.

La toxicité de cet antiseptique a été éprouvée suivant le procédé de MM. Tarnier et Vignal par injections intra-veineuses d'une solution à 1 0/0 dans l'oreille du lapin. Les expériences de M. Tarnier ont montré qu'on ne peut dépasser chez le lapin une dose de 4 centigrammes d'acide phénique par kilogramme d'animal sans accidents et qu'une dose de 6 centigrammes par kilogramme provoque des accidents souvent mortels. Le phénosalyl est supporté jusqu'à la dose de 10 centigrammes par kilogramme sans aucun accident, et même une dose de 20 centigrammes n'occasionne que des acci-

1. Rapport fait à l'Académie de médecine au nom d'une commission composée de MM. Verneuil, Brouardel et Cornil.

dents passagers desquels le lapin se remet très vite. Il y a donc une diminution considérable de la toxicité, fait important puisqu'il permet d'employer le phénosalyl pour des lavages ou injections abondantes sans crainte d'intoxications. A ce point de vue, les injections dans le péritoine du lapin avec des solutions à 1 0/0 de phénosalyl ont donné des résultats très probants. On peut en effet injecter de 75 à 100 centimètres cubes de cette solution dans le péritoine d'un lapin de grosseur moyenne sans accidents mortels, dose qui correspondrait à plus de 2 litres de solution dans le péritoine d'une femme pesant 70 kilogrammes.

Les essais cliniques avec le phénosalyl ont été faits dans mon service, à l'Hôtel-Dieu, sous la surveillance de mon assistant M. le Dr Bonnaire, accoucheur du Bureau central. Les résultats obtenus ont été particulièrement satisfaisants. Depuis environ trois mois, toutes les opérations de gynécologie sont faites dans le service au phénosalyl, sans qu'on ait jamais eu à se plaindre du moindre accident. La solution employée pour la stérilisation des instruments ainsi que pour les injections et lavages vaginaux a toujours été celle de 1 0/0, dont la force antiseptique est plus que suffisante pour la stérilisation des surfaces. Le phénosalyl a servi dans le traitement de nombreux cas d'endométrite, de vaginite et d'urétrite blennorrhagiques. Pour les endométrites, on s'est servi du phénosalyl comme cautérisant en employant une solution dans la glycérine à 25 0/0. L'effet caustique d'une telle solution est très prompt. Elle produit une escharre qui tombe au bout de quelques jours et sous laquelle la régénération de la muqueuse se fait très vite. Cette cautérisation n'a pas été suivie de rétrécissement. Dans les inflammations du col ainsi que pour les urétrites, nous nous sommes servis également avec de très bons résultats de crayons au phénosalyl à 2 ou 3 0/0. Les vaginites ont été traitées avec des tampons d'ouate trempés dans une solution à 2 0/0 de phénosalyl dans la glycérine et laissés à demeure vingt-quatre heures. Nous avons obtenu des guérisons radicales de cette affection ordinairement si enracinée au bout de six à huit jours.

Les effets antiseptiques du phénosalyl se sont nettement démontrés dans deux cas d'infection puerpérale entrés à l'hôpital avec rétention placentaire et infection purulente. Dans ces deux cas le curettage, suivi d'application de phénosalyl à 5 0/0 dans la glycérine, a été immédiatement suivi d'un abaissement notable dans la température, qui de 39° 5 et 40° est devenue normale. Dans l'un des cas une seule application a suffi pour enrayer toute manifestation inflammatoire et fébrile ; dans l'autre, où l'infection était beaucoup plus ancienne, il a fallu plusieurs applications successives pour obtenir la guérison, mais chaque application était suivie au bout de très peu de temps d'un abaissement notable de la température. (*Journal des Conn. Médicales.*)

II. — Le cobalt de Herbst

Après avoir fait de nombreuses expériences de ce produit, le

Dr Kirk dit : « Il est hors de doute que le cobalt de la méthode
» Herbst pour le traitement de la pulpe n'est pas ce que les chimis-
» tes connaissent comme cobalt, mais simplement de l'arsenic
» métallique et rien de plus.

» Si le chlorydrate de cocaïne, dont on ajoute huit pour cent, a
» d'autres fonctions que ses propriétés anesthésiques ordinaires,
» cela n'est pas prouvé; mais il se peut facilement qu'il soit décom-
» posé à un certain degré, cédant son chlore à une partie de l'ar-
» senic, formant ainsi du chlorure d'arsenic, lequel, étant soluble,
» serait plus facilement absorbé par la pulpe.

» Il est également possible que l'acide libre, qui est soi-disant
» contenu dans les échantillons de chlorhydrate de cocaïne, aide
» aussi à rendre l'arsenic métallique soluble. Quoi qu'il en soit,
» nous devons reconnaître, avant d'adopter cette méthode, que
» quelle que soit sa valeur, elle est due à l'effet de l'arsenic et pas le
» moins du monde au cobalt.

» Quant aux effets de l'arsenic sur une pulpe découverte, ils sont
» connus des dentistes. Comment ils peuvent être modifiés quant
» au résultat final, en employant de l'arsenic métallique au lieu
» d'oxyde d'arsenic, cela reste à voir, mais il semble facile de le
» découvrir. »

(*The International Dental Journal.*)

III. — Traitement du tic douloureux de la face

Pour M. Jarre, le véritable traitement consiste à faire disparaître les lésions cicatricielles du nerf qui, dans le plus grand nombre des cas, sont la véritable cause du tic douloureux.

Ces lésions ont pour siège les extrémités terminales des nerfs inclus dans la région alvéolaire.

L'arthrite alvéolo-dentaire chronique et les accidents infectieux déterminés par l'éruption vicieuse de la dent de sagesse inférieure sont les causes les plus communes des lésions cicatricielles alvéolaires qui sont le point de départ de la névralgie spasmodique de la face.

Dans ces conditions, le traitement indiqué consiste dans l'ablation du bord alvéolaire et, par suite, des lésions nerveuses qu'il renferme.

Voici comment on reconnaît le point où siègent les lésions :

La portion du bord alvéolaire qui est le siège des lésions nerveuses cicatricielles sera déterminée par les antécédents étiologiques, et aussi par le point de départ du tic. Celui-ci est indiqué spontanément par le malade qui accuse des phénomènes douloureux. Enfin, dans bon nombre de cas, une exploration de l'arcade alvéolaire, saisie entre le pouce et l'index, provoquera une sensation douloureuse au niveau de la région soupçonnée.

C'est cette région, comprenant généralement l'étendue d'un alvéole, qu'il s'agit de bien délimiter et de dégager, si cela est nécessaire, par l'extraction d'une ou des deux dents qui la limitent de chaque côté, avant de procéder à l'ablation.

Dans nos premières observations nous avons cherché à amener

la destruction de la région malade par l'application de pointes de feu. Ce procédé a l'inconvénient de produire une élimination trop lente des parties détruites.

J'ai donc cru devoir recourir à la résection extemporanée. Voici mon procédé :

1er temps. — Excision de la muqueuse et du périoste recouvrant la partie du bord alvéolaire à réséquer;

2e temps. — Résection du bord alvéolaire dénudé ;

3e temps. — Rugination de la plaie osseuse.

L'opération terminée, la plaie est pansée au moyen d'une boulette de ouate imbibée d'un liquide antiseptique. Les suites de l'opération sont des plus simples.

Le résultat immédiat, chez nos malades, fut la diminution considérable des crises qui tombèrent de vingt ou trente par jour à trois ou quatre seulement. En outre, ces crises furent considérablement atténuées comme intensité et comme durée. Elles diminuèrent progressivement et disparurent en quatre ou cinq jours.

Sur 12 personnes atteintes de tic douloureux de la face, nous avions commencé la destruction par le feu des parties molles recouvrant la région osseuse cicatricielle malade ; deux ont abandonné notre traitement trop tôt pour qu'il nous soit permis de tirer du résultat de notre intervention trop incomplète une conclusion quelconque. Pourtant nous avons appris que l'un d'eux avait été considérablement amélioré à la suite de l'élimination d'un séquestre formé aux dépens de la portion vestibulaire du bord alvéolaire dénudé par nos cautérisations.

Sur les 10 autres opérés, 7 ont été traités par les pointes de feu et 3 seulement par la résection extemporanée du rebord alvéolaire ; or, ces malades, dont la maladie remontait à 8, 9, 12, 13 et jusqu'à 15 années, paraissent actuellement guéris.

(*Académie de médecine.* Séance du 5 septembre.

IV. — Nouvel inhalateur compte-gouttes pour l'anesthésie

M. Raphaël Dubois (Lyon). — Tous les appareils imaginés pour donner le chloroforme sont remplis d'inconvénients; le plus simple serait le meilleur. Le plus simple est donc un mouchoir que l'on prend entre deux faux poignets emboîtés l'un dans l'autre. Il se forme ainsi un diaphragme de mouchoirs laissant largement passer l'air et sur lequel on verse goutte à goutte le chloroforme. Pour rendre le dispositif encore plus pratique, pour éviter à l'assistant qui donne le chloroforme l'usage libre d'une main, j'ai remplacé les faux poignets par des anneaux métalliques, s'emboîtant l'un dans l'autre sur l'anneau engaînant. J'ai fait fixer un petit flacon compte-gouttes de chloroforme, basculant à l'aide d'un doigt de la main tenant l'appareil, et versant le chloroforme en temps voulu.

(*Académie des Sciences.*)

V. — TRAITEMENT ABORTIF DU CORYZA AIGU. — Capitan.

Salol	1 gramme.
Acide salicylique	0 gr. 20 cent.
Tannin	0 gr. 10 —
Acide borique pulv	4 grammes.

Mêlez. — Au début du coryza, aspirer fortement dans chaque narine une pincée de cette poudre, toutes les heures, et pendant une demi-journée seulement. Un usage plus prolongé pourrait faire apparaître sur le bord des narines une éruption ayant l'aspect de l'eczéma, et due sans doute à l'acide phénique provenant de la décomposition du salol. — Si donc on désire continuer plus longtemps l'emploi de cette poudre, on doit la mélanger avec un peu de talc ou d'acide borique, ou bien réduire la proportion de salol à 0 gr. 25 ou 0 gr. 50 centigr.

VI. — UN SIGNE DE LA MORT

Enfoncer une épingle dans la peau de l'individu qu'on suppose être mort. Si la personne est morte, le trou reste formé comme s'il avait été fait dans le cuir ; si elle est vivante, la peau se contracte et le trou de l'épingle disparaît entièrement.

VII. — DANGER D'EXPLOSION DES PASTILLES COMPRIMÉES DE CHLORATE DE POTASSE

Jusqu'ici, nous n'avions jamais entendu signaler les pastilles comprimées de chlorate de potasse comme étant susceptibles de faire explosion ; il paraît que cela peut arriver lorsqu'elles sont très sèches. Voici l'observation publiée par le *Scalpel :*

« Le hasard nous a rendu témoin récemment de l'accident sui-
» vant : nous voyagions avec un monsieur qui avait placé, dans
» une poche de son vêtement quelques pastilles comprimées de
» chlorate de potasse en compagnie d'un canif. Le soleil nous avait
» rôtis pendant le trajet. En descendant du wagon, notre voisin
» choqua violemment la portière. Immédiatement, une déflagation
» des pastilles se produisit, et une longue flamme jaillit de la poche
» du porteur ahuri, qui subit une assez forte brûlure à la main. »

VIII. — ANTISEPTINE (Squibb)

Sulfate de zinc		85 parties.
Acide borique		10 —
Iodure de zinc	} āā	2 gr. 5 parties.
Thymol	}	

M. S. A. (usage externe). (*Mon. thér.*)

IX. — TRAITEMENT DU MUGUET (Quinquaud).

Le traitement classique par les alcalins en solution ou en collutoire est insuffisant. A la suite de ses cultures artificielles du muguet en 1868, il a ajouté le nitrate d'argent et le sulfate de cuivre. ce qui est préférable ; il y a mieux encore : chez l'enfant et chez l'adulte, il suffit de badigeonner les muqueuses atteintes avec la

liqueur de Van Swieten une ou deux fois en vingt-quatre heures, ou bien de coiffer l'indicateur d'un linge de toile imbibé de la liqueur, de frictionner toute la muqueuse, pour voir disparaître rapidement la maladie parasitaire. Dans l'intervalle, on fait gargariser ou badigeonner avec une solution de bicarbonate de soude à 1/200.

Dans quelques cas, plus rares, surtout chez l'adulte, l'affection résiste; il faut alors badigeonner la muqueuse avec un pinceau trempé dans une solution normale à 30° de *perchlorure de fer* si la maladie est rebelle ou dans une solution au 1/4 ou 1/6 si l'affection est moins tenace. Ces badigeonnages ne doivent être faits que toutes les vingt-quatre ou quarante-huit heures ; en général, deux ou trois sont insuffisants ; on continue les gargarismes alcalins. Le perchlorure de fer est désagréable et un peu douloureux, aussi doit-on le réserver surtout pour les adultes.

X. — Topique contre les plaies

Les médecins des Etats-Unis font un fréquent usage d'un mélange appelé *camphroïde*, qui peut remplacer le collodion, et dont voici la formule :

Camphre..................................	20	grammes.
Alcool absolu..............................	20	—
Pyroxyline..................................	1	—

Appliquée sur la peau, la camphroïde se sèche rapidement et forme une pellicule très adhérente. C'est un excellent agent pour combattre les inflammations.

XI. — L'acide eugénolacétique

Appliqué sur la langue à l'état de poudre fine, il insensibilise pour un temps plus ou moins long la partie avec laquelle il s'est trouvé en contact, sans produire d'irritation.

Cette substance se présente sous l'aspect de lamelles brillantes quand elle a cristallisé au sein de l'eau, ou sous celui de fines aiguilles, quand on l'a fait cristalliser de ses solutions alcooliques.

Elle fond à 110°, s'obtient en soumettant l'éther éthylique de l'acide eugénolacétique à l'action d'une solution alcoolique d'ammoniaque. (*La Pratique Médicale.*)

XII. — Emploi du chlorure d'éthyle

M. Redard (Genève) présente des tubes de verre contenant du chlorure d'éthyle dont les usages sont très variés : anesthésie locale, antisepsie locale, etc. Une application ingénieuse est l'utilisation de la combustibilité du gaz sortant en jet capillaire, pour la cautérisation des plaies, septiques ou non, et pour la cautérisation cutanée. Il suffit d'enflammer le jet en plaçant une allumette incandescente à la sortie du liquide.

(*Association française pour l'avancement des Sciences.*)

LIVRES ET REVUES

Sur les microorganismes des voies digestives, par M. le Dr Rappin, Nantes, 25, quai de la Fosse, 1893.

M. le Dr Rappin a eu le mérite d'être des premiers à attirer l'attention du public médical sur les micro-organismes de la bouche [1] et pendant longtemps sa thèse de doctorat fut une des rares sources où le médecin pouvait avoir des données sur la matière. Depuis, les études se sont multipliées et M. Rappin a eu l'excellente idée de résumer l'état de nos connaissances sur les microbes des voies digestives. En ce qui concerne la bouche, le travail de M. Rappin a un intérêt incontestable et tous les dentistes liront avec profit ce qu'il dit sur la bactériologie buccale.

Le cadre de la conférence ne permettait pas de grands développements et on n'est pas en présence d'un traité sur la matière; mais, comme introduction à l'étude complète de la question, la conférence de M. Rappin a une valeur incontestable. A ce titre, nous en reproduisons les passages essentiels.

L'observation des microbes de la cavité buccale est des plus simples ; vous pouvez, MM., la faire facilement ; vous n'aurez qu'à récolter, au moyen d'une aiguille stérilisée, une parcelle de votre mucus dentaire et à l'examiner sur le porte-objet avec un grossissement suffisant.

C'est évidemment là une étude bien sommaire, mais elle vous initiera déjà à un certain nombre de phénomènes de la vie des bactéries.

Ce n'est pas indifféremment dans toutes les parties de la bouche qu'il faut chercher les microorganismes. On les rencontre naturellement en plus grand nombre dans les points qui échappent aux soins de propreté et aussi peut-être à l'action même de la salive ; ainsi au maxillaire supérieur, au niveau des dernières molaires, et dans les interstices qui les séparent, vous les rencontrerez en grand nombre ; c'est là que vous observerez en particulier les plus longs des leptothrix.

Les bactéries ne siègent pas seulement dans les interstices des dents et dans les sillons gingivaux. La salive elle-même en contient, mais en bien moins grand nombre.

On les rencontre également sur la langue où, mélangés aux débris épithéliaux et au mucus, ils contribuent à former l'enduit saburral. Pour les apercevoir, il nous suffira d'examiner une petite parcelle de cet enduit que vous détacherez au moyen d'un scalpel flambé. Vous verrez ainsi dans cette préparation, en même temps qu'une infinité de microbes divers, qui s'agitent dans tous les sens, de petits corps allongés qui ne sont autres que les prolongements des papilles filiformes.

Les cellules épithéliales de ces prolongements ont perdu un peu leur caractère et elles sont englobées d'une sorte de manchon vivant constitué par une agglomération considérable de microorganismes réunis ensemble par une matière visqueuse sous forme de zooglées.

. . . .

Le nombre des microorganismes de la cavité buccale varie aussi suivant l'heure de la journée à laquelle nous les observons. C'est ainsi que le matin au réveil ils sont beaucoup plus abondants que, par exemple,

---

1. *Contribution à l'étude des bactéries de la bouche à l'état normal et dans la fièvre typhoïde.* Thèse de Paris, 1881. Doin.

après le repas; les mouvements de mastication opèrent en effet une sorte de balayage qui entraîne une infinité de germes.

De même, les différents signes de la vie paraissent comporter, à ce point de vue, certaines variétés. Chez l'enfant, en particulier, le nombre des microorganismes m'a paru moins considérable, peut-être aussi les espèces ne sont-elles pas les mêmes ?

On les observe chez le nouveau-né peu d'instants après sa naissance. Un de nos collègues, M. le Dr Monnier, dans une thèse où il a été amené à s'occuper de cette question, les a observés peu d'instants après l'accouchement. Je ne chercherai pas devant vous à examiner ce fait. Peut-être s'agit-il là simplement d'une contamination pendant le passage du fœtus dans les voies génitales, cela est possible : préexistent-ils dans le canal digestif de l'enfant? Il convient de ne pas s'arrêter ici à cette hypothèse dont l'étude sortirait de notre cadre.

Chez les adultes encore une fois ils existent abondamment, de même que chez les vieillards et, en particulier, chez les personnes qui ont les dents cariées, car ces dents deviennent de véritables nids de microgermes.

L'étude de ces microorganismes a démontré qu'ils ont existé en tous temps.

Deux auteurs allemands, MM. Zopf et Miller, dans un voyage d'exploration en Egypte, ont pu constater leur présence, chez des momies.

Ces microorganismes se retrouvent également chez les espèces animales. En 1881, je les ai déjà notés chez le bœuf, le mouton, le cheval, le porc, le rat, le chien, etc.; de ce côté, je crois messieurs, il y aurait à faire des recherches bien intéressantes.

Ce serait en quelque sorte un chapitre de bactériologie comparée, si je puis dire. Les quelques connaissances que l'on a acquises déjà sur le parallélisme qui lie la flore intestinale à l'alimentation permettent de penser qu'il y aurait un grand intérêt à étudier, par exemple, conjointement les espèces microbiennes qui peuplent la cavité buccale des animaux carnivores et herbivores.

Il n'est pas étonnant, messieurs, que ces microorganismes pullulent dans le milieu buccal. Ce milieu offre, en effet, toutes les conditions convenables et nécessaires à leur développement. Ils y trouvent une température d'environ 35°, c'est-à-dire à peu près celle du corps humain lui-même, et sont placés là en quelque sorte comme dans l'étuve où nous les cultivons au laboratoire. Ils rencontrent dans la bouche un degré d'hygrométrie suffisant, puisque la salive vient leur apporter précisément la quantité d'eau nécessaire à leur végétation et en même temps les sels calcaires, phosphates ou carbonates, qui leur sont utiles. Les débris alimentaires concourent à favoriser leur pullulation. Je transcris ici un calcul établi depuis longtemps, par M. Cohn, savant botaniste de Breslau, et qui me semble bien s'appliquer ici, puisque l'on rencontre dans la cavité buccale des espèces microbiennes de la dimension même de celles sur lesquelles porte ce calcul. Les individus de l'espèce la plus commune des bactéries en baguette présentent la forme d'un court cylindre d'un millième de millimètre de diamètre et d'environ 1/500 de millimètre de longueur. Représentons-nous une mesure cubique d'un millimètre de côté. Cette mesure contiendrait, d'après ce que nous venons de dire, 633 millions de bactéries en baguette sans espace vide.

Si vous vous rappelez maintenant, messieurs, qu'il suffit à certaines espèces de bactéries de moins d'une heure pour se diviser et donner naissance à deux individus, vous pouvez de suite juger du nombre incalculable de germes que, dans certains cas, peut abriter la cavité buccale.

Nous sommes maintenant conduits à nous demander quelles sont les espèces que l'on observe le plus fréquemment dans ce milieu.

Ces espèces appartiennent d'une façon générale aux deux grands groupes des saprogènes, c'est-à-dire aux bactéries de la putréfaction ou autres fermentations spéciales et aux microorganismes pathogènes.

Ainsi que je vous l'ai dit plus haut, Miller, en 1889, était arrivé dans ses recherches à en étudier vingt-cinq espèces ; mais des travaux plus récents ont encore élevé ce nombre; Sternberg, dans son nouveau traité de bactériologie, le porte à 48 pour les saprogènes et 25 pour les pathogènes.

Parmi les premiers, vous pouvez placer d'abord le bactérium termo, hôte commun des matières animales ou végétales en décomposition des microcoques de divers ordres observés par Eisenberg, Padhelsky, etc.

Malgré la simplicité de la forme, on voit que le travail de M. Rappin est une excellente entrée en matière pour l'étude de la bactériologie buccale.

Trattato di Embriologia dentaria anatomia fisiologie chimica dei dentis ed anomalic dentarie del professeur Guiseppe Cali Napoli, 1893.

Ce résumé des idées classiques sur la formation des dents n'ajoute rien à nos connaissances. Nous aurions souhaité que l'esprit critique de l'auteur se soit fait jour en éliminant des données absolument fausses.

Il emprunte à Magitot sa chronologie du follicule sans en corriger l'erreur grossière qui assigne aux dents inférieures temporaires une époque d'éruption antérieure à leurs homologues de l'arcade supérieure.

Quoi qu'il en soit, ce travail n'en rendra pas moins de grands services aux dentistes italiens.

NOUVELLES

SÉANCE DE RÉOUVERTURE DES COURS A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

La séance de réouverture des cours de l'École dentaire de Paris a eu lieu le 28 novembre, sous la présidence du professeur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris. A ses côtés avaient pris place MM. Hérard, membre de l'Académie de médecine ; Figuieras, membre du Conseil supérieur de l'Instruction publique ; G. Berry, député du neuvième arrondissement. Dans l'assistance très nombreuse, nous remarquons : MM. Evelin, inspecteur de l'Académie de Paris ; M. Crignier, président de l'Association odontotechnique ; M. Damain, directeur de l'Ecole dentaire de France ; M. le Dr Aubeau, le Conseil de direction, la plupart des membres du corps enseignant.

M. Poinsot, directeur de l'Ecole, a pris le premier la parole. Il

constate que la présence du doyen de la Faculté de médecine à cette solennité fait cesser un malentendu qui consistait à considérer le médecin et le dentiste comme des rivaux. Il ne doit exister aucune rivalité entre eux, ils sont des collaborateurs s'entr'aidant l'un l'autre.

Jetant un regard sur le passé, il rappelle que les dentistes actuels ont eu d'illustres devanciers, et à ce propos il rapporte une curieuse anecdote sur Pierre-le-Grand, qui était, paraît-il, très versé dans la pratique de l'art dentaire. Un jour, un courtisan l'ayant vivement mécontenté et devant se présenter devant lui, eut l'idée ingénieuse de simuler en sa présence un violent mal de dent; le souverain, ne pensant plus à la faute commise par le courtisan, se mit tout aussitôt en devoir de lui examiner la mâchoire.

M. Poinsot remercie M. Brouardel de ce qu'il a fait avec M. Liard pour les élèves de l'Ecole et l'assure de la reconnaissance de tous pour ses efforts en faveur de l'institution.

M. Lecaudey prend ensuite la parole et d'une voix émue il dit le vide profond causé par l'absence du regretté Dr Thomas, de cet homme de bien dont la vie fut un exemple pour tous. Il retrace en quelques mots la vie de ce savant modeste, rappelant à son sujet ce mot de Balzac : « Les hommes de mérite sont comme les fruits, ils ne mûrissent bien que sur la paille.»

Il termine en offrant à l'Ecole, au nom du comité de souscription, un buste du Dr Thomas semblable à celui figurant sur le monument inauguré il y a cinq semaines sur sa tombe. Une longue salve d'applaudissements souligne ce discours.

M. Sébileau, professeur agrégé à la Faculté de médecine, professeur à l'Ecole, fait ensuite une intéressante conférence. C'est, dit-il en commençant, une sorte de pot-pourri, peut-être pas très intéressant pour vous, Mesdames (un grand nombre de dames figurent en effet dans l'auditoire), mais je parlerai de ce que je sais un peu: c'est le meilleur moyen de ne ne pas dire trop de sottises.

Il examine les différents moyens de défense de l'organisme contre les invasions pathogènes, le rôle important de la bouche comme porte d'entrée des germes infectieux et toutes les barrières qui ferment le passage à ceux-ci.

Après avoir dit l'importance pour le dentiste de la connaissance de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie, il félicite les dentistes d'avoir relevé leur profession, relèvement consacré par la réglementation et la reconnaissance officielle qui ont été leur première récompense. Vous en aurez une seconde, dit-il, lorsque vous serez en butte, ce qui ne saurait tarder maintenant, aux attaques des charlatans de toutes les catégories, rebouteurs, etc.

M. Francis Jean donne alors lecture de son rapport annuel.

Il adresse des remerciements à MM. Poinsot, Martinier, Lemerle pour les fonctions qu'ils ont remplies.

Il constate la prospérité croissante de l'École dont la valeur est reconnue à l'étranger; c'est ainsi qu'en Angleterre les diplômés sont dispensés des examens spéciaux.

Il faut espérer que dans la prochaine organisation de l'Ecole

dentaire, la théorie ne tiendra pas plus de place que la pratique afin que la valeur professionnelle des dentistes ne baisse pas dans l'avenir.

L'Ecole, dans l'année qui vient de s'écouler, a soigné une moyenne de 80 malades par jour, soit environ 30.000 personnes pour l'année.

La mort a frappé rudement dans nos rangs. Quatre de nos membres sont morts : M. Victor Lecaudey, frère de notre président honoraire ; Mme Prussenar, une de nos diplômées de l'année dernière ; M. Videau, diplômé de l'Ecole, mort au service militaire en Algérie, enfin la perte la plus cruelle, le Dr Thomas, professeur à l'Ecole.

M. F. Jean rappelle son rôle de conseiller depuis les débuts de l'Ecole. Lors des différends qui surgirent, il y a quelque temps, il était le médiateur désigné : « Laissez faire, disait-il, cela n'est rien, *la fermentation prouve la vie.* » La mort l'a enlevé en pleine vie à l'affection de tous.

Le secrétaire général parle ensuite du congrès de Chicago, où l'Ecole fut représentée ; il adresse des félicitations à M. Serres, professeur à l'Ecole, qui vient d'être nommé docteur ès-sciences. Enfin il annonce, aux applaudissements de l'assemblée, que le Conseil de direction offre une médaille d'argent à M. Bioux, qui remplit depuis dix ans avec zèle les fonctions de chef de clinique.

M. Brouardel se lève alors et, au milieu de l'attention générale, il remercie M. Poinsot pour les flatteuses paroles qu'il a prononcées à son égard ; mais on lui accorde un rôle trop considérable. Sans doute il a aidé de tout son pouvoir à l'amélioration de la condition des dentistes ; mais il convient de remercier aussi, dit-il, des personnes qui ne partageaient pas nos idées au début, mais qui se sont laissé gagner et sont maintenant notre plus ferme appui. Mon rôle a été plus modeste, j'ai été l'ouvrier de la onzième heure, celui qui, d'après l'Ecriture, doit bénéficier de tout ; mais vous, vous avez été les ouvriers de la première heure. Alors qu'il n'y avait rien, vous avez créé l'art dentaire français, je n'ai fait que vous suivre.

Dans une de vos brochures, j'ai été frappé par une pensée très élevée qui y est exprimée : chacun de nous a ses secrets, y est-il dit ; mettons-les en commun pour le plus grand bien de la communauté. Vous ne vous êtes pas inquiétés des préoccupations égoïstes, vous avez voulu que l'art dentaire français fût un des premiers et vous y avez réussi.

Vous étiez menacés de deux invasions ; la première, des Américains. Il y a quelques années, une personne distinguée n'aurait pas confié ses dents à quelqu'un ne portant pas un nom anglo-américain ; la seconde invasion était celle des déclassés de toutes les professions. Trélat avait connu un dentiste qui avait été casseur de pierres. Malheur à celui qui tombait entre leurs mains. Vous avez rassemblé vos efforts et vous avez fait des élèves plus forts parce que vous leur avez enseigné l'ensemble de vos connaissances. Le regretté Ollendorf, présidant une de vos séances, disait : « Vous avez fait le relèvement moral de votre profession ». C'est vrai ; mais vous coudoyiez les indignes sans pouvoir vous en défendre. Je vous remercie de

vos efforts, j'y ai rendu hommage à la Chambre des Députés, au Sénat et ailleurs.

Pour l'organisation de l'art dentaire, il y avait trois solutions : la première était que tous les dentistes fussent docteurs en médecine, mais cela n'était pas possible et, de plus, il ne suffisait pas d'être docteur ; pour ma part, je plaindrais fort ceux qui me confieraient le soin de leurs dents. La seconde solution était la liberté absolue ; c'était évidemment une excellente chose, mais, dans un pays vieux comme le nôtre, où tout est réglementé, il était difficile que vous ne le soyez pas ; la réglementation vous permet d'échapper à des promiscuités auxquelles vous ne pouviez vous soustraire sans elle. Vous avez regretté votre liberté, mais vous vous êtes soumis et je crois pouvoir vous déclarer, je ne parle qu'en mon nom, que vous n'aurez pas à vous en repentir.

Mon rôle ici est difficile, je suis tenu à la discrétion et ne peux non plus avoir l'air de m'attribuer le beau rôle; onze hommes rassemblés pensent forcément d'une façon un peu différente; mais ce que je puis vous dire, c'est que toutes les bonnes volontés vous sont acquises, vous en avez déjà eu des preuves.

Vous entrez dans la grande famille médicale, et c'est un honneur pour moi, doyen de la Faculté de médecine, de saluer votre entrée. Vous pratiquez une partie de la médecine que nous sommes incapables d'exercer, nos terrains respectifs sont assez larges pour que nous n'empiétions pas l'un sur l'autre et que, si nous nous rencontrions, ce ne soit qu'avec plaisir et pour nous entr'aider.

Au nom du corps médical, je salue votre entrée dans la grande famille médicale.

Le secrétaire général donne ensuite lecture du palmarès. Les lauréats pour l'examen général sont MM. Stévenin, Lévêque et Quillet. Le prix de dissertation est obtenu par M. le Dr Buisseret et le prix de clinique par M. Charpentier et Mlle Eloy.

M. R.

INAUGURATION DE L'HOPITAL INTERNATIONAL

Nous empruntons au *Progrès médical* le compte rendu de cette intéressante réunion.

L'inauguration de l'Hôpital international (*Policlinique française*), situé 2, rue de la Santé, a eu lieu jeudi dernier, sous la présidence de M. Jules Simon, assisté de MM. les Drs Péan, Sappey, Théophile Roussel, Laborde, Thulié, Gilbert Ballet, Piétra-Santa, Navarre, Cézilly, Galezowski, Le Baron, etc., de MM. Thomas, maire du XIIIe arrondissement, de Laboulaye, Berteaux, Hovelacque, Rousselle, P. Strauss, Dr Dubois, etc., etc.

Cette institution, fondée il y a trois ans, sous le nom de Clinique française, rue d'Assas, est destinée à la fois au traitement des malades et à l'enseignement. Comme la Policlinique de Paris fondée en 1890, elle est appelée à rendre d'incontestables services.

Des institutions de ce genre sont un acheminement vers l'enseignement municipal de la médecine, complément indispensable de l'enseignement de l'Etat, surtout au point de vue de l'utilisation professionnelle de toutes les richesses cliniques qu'offrent les hôpitaux. L'hôpital international se distingue : 1° par l'Assistance internationale. Il ouvre ses

portes aussi bien à l'étranger malade qu'à nos propres concitoyens ; il offre ses soins à tous les malades pauvres, sans distinction de race, de parti ou religion ; 2° par le groupement dans un même local de toutes les cliniques générales et spéciales.

Dans un éloquent discours, M. le Dr Aubeau a exposé l'esprit et le but de l'œuvre. Puis, M. le Dr Bilhaut a exposé les services rendus aux malades et aux étudiants, tant au point de vue de l'enseignement que des soins généraux et spéciaux, par l'hôpital international qui fonctionne déjà partiellement depuis quelques mois.

M. Péan a pris ensuite la parole et a remercié les chefs de service de l'hôpital international de tout ce qu'ils ont fait pour faire grandir et prospérer l'œuvre commune. La séance s'est terminée par une très spirituelle et éloquente causerie de M. Jules Simon.

On est passé ensuite à la visite de l'établissement. Il se compose d'un bâtiment en façade aux nos 9 *bis*, 11 et 11 *bis* sur la rue de la Santé, élevé de quatre étages. Ce bâtiment, construit par le Dr Péan, a été loué par lui aux Drs Aubeau, Bilhaut et Paul Cornet, moyennant un loyer annuel de 16.000 francs,et est absolument indépendant, comme fonctionnement, de son hôpital particulier occupant sur le derrière un pavillon parallèle relié à la Policlinique par un corps de bâtiment affecté à la communauté religieuse et aux différents services de l'hôpital Péan. En pénétrant sous la porte cochère, nous trouvons sous la voûte, à droite, la cabine téléphonique, l'ascenseur qui dessert tous les étages et un escalier conduisant à l'amphithéâtre. A gauche de ce hall, du côté de la rue de la Santé, il y a d'abord le bureau des inscriptions et le cabinet du directeur. Vient ensuite le service d'électricité médicale du Dr Peisson. Puis les galeries où sont exposées les vitrines de matière médicale dont tous les échantillons ont été gracieusement offerts par le Dr Paul Cornet ; enfin, le salon d'honneur destiné à la réception des visiteurs et des médecins. A droite du hall, du côté du jardin de l'hôpital particulier de M. Péan, sont les salles de traitement des maladies nerveuses et de traitement des maladies de l'estomac (Dr Cornet), puis le service du Dr Archambaud, comprenant le massage médical et chirurgical.

Les sous-sols comprennent à droite les magasins, les bains, la cuisine et deux calorifères destinés au chauffage général. A gauche, le gymnase orthopédique du Dr Bilhaut et un magnifique laboratoire de chimie biologique, thérapeutique et de matière médicale très pratiquement installé par Paul Cornet, qui n'a rien négligé pour le rendre confortable et abondamment pourvu de tous les appareils nécessaires. Deux autres laboratoires et la salle d'autopsie complètent le sous-sol.

Au premier étage on retrouve le hall central servant de salle d'attente. A droite de ce hall se trouve le service de chirurgie générale et de gynécologie opératoire dirigé par les Drs Aubeau, chef du service, et Larrivé, chirurgien adjoint. Il se compose de trois pièces : la salle de consultations, la salle de pansements et la salle d'opérations. Ce service est fort bien installé ; la salle des opérations aseptiques appelle surtout l'attention des visiteurs par le soin avec lequel elle a été installée. En face se trouvent les salles du Dr Jocqs, destinées aux maladies des yeux. Au fond du hall sont placés les services de médecine générale, du Dr Roussel, des maladies des enfants du Dr Fouquet, ainsi que la salle des professeurs et le couloir donnant de plain-pied dans un élégant amphithéâtre pouvant contenir 300 personnes.

Au deuxième étage, à droite, service de rhinologie, d'otologie et de laryngologie du Dr Astier,et salles du Dr Duloroy,pour les accouchements; à gauche, se trouve le service des maladies des organes génito-uri-

naires du Dr de Pezzer et la salle de lavages d'estomac du Dr Cornet.

Au troisième étage est l'infirmerie, composée de deux salles de malades, une pour les hommes, une pour les femmes, et des chambres particulières : en tout, 20 lits environ. Au bout de l'infirmerie est le service de chirurgie des enfants du Dr Bilhaut. Il se compose d'un cabinet de consultation avec salle d'attente, puis de deux salles, l'une destinée aux opérations de petite chirurgie, l'autre à la confection de divers appareils. — A signaler la salle des opérations aseptiques et l'installation confortable de ce service, organisée par MM. Bilhaut, et Larrivé.

Le temps de séjour des malades admis à l'hôpital est de 15 à 20 jours. Outre le personnel médical énuméré ci-dessus, l'Hôpital international est desservi par des infirmières laïques.

LE BUDGET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET LES ÉCONOMIES

La *Gazette des Hôpitaux* a donné l'explication du retard dans la nomination de professeurs pour remplacer MM. Charcot, Lefort et Peter.

« Il est donc incontestable qu'en matière d'enseignement le provisoire ne vaut rien. Cependant, la Faculté s'y laisse aller, non par amour des agrégés, il en faut bien convenir, mais simplement par une mesure d'économie mesquine que voici :

» L'agrégé, momentanément professeur, reçoit une indemnité de 7.000 francs payables sur les 12.000 fr. affectés au professeur titulaire. Mais il perd les 4.000 francs qui lui sont dus comme agrégé. Ci : 9.000 francs économisés. C'est pour cette raison que deux chaires ne seront pas pourvues cette année de titulaire, que les professeurs nouveaux nommés auront une année de plus sur leurs épaules lorsqu'ils prendront le lourd fardeau de l'enseignement magistral.

» Il faut être bien malintentionné pour ne pas reconnaître que, dans cette Faculté qui dépense, chaque année, 90.000 francs pour son chauffage, le budget n'est pas réglé avec une sage économie. »

RÉORGANISATION DE LA « GAZETTE MÉDICALE » DE PARIS

L'un des plus anciens journaux de médecine, la *Gazette médicale* de Paris, vient de se transformer. Le Dr F. de Rause, qui le dirigeait depuis nombre d'années, cède le poste de rédacteur en chef au Dr P. Sébileau, le distingué professeur de buccale à l'Ecole dentaire de Paris.

Conscient des besoins du public médical actuel, M. Sébileau veut s'attacher à en faire un journal éminemment pratique en publiant des études de critique médicale et un exposé de technique chirurgicale.

La situation et les études de M. Sébileau assurent à la *Gazette médicale* de Paris une place honorable dans la presse médicale.

Voici le programme du nouveau rédacteur en chef :

Je prends aujourd'hui la direction scientifique de la *Gazette médicale*.

Je désire que ce journal soit utile avant tout aux praticiens et aux étudiants ; il sera pratique. Cela ne l'empêchera pas, j'espère, de suivre les progrès de la science française et étrangère.

Voici le programme de la *Gazette médicale*. Chaque numéro contiendra :

1° *Une critique* médicale ou une critique chirurgicale sur la quinzaine scientifique. Ce genre d'articles, très en faveur autrefois, est aujourd'hui délaissé ; il est cependant utile, à mon avis. *La Gazette médicale* essaiera de le faire revivre ;

2° *Une clinique* ou bien un *travail original* ;

3° *Un compte rendu* des Sociétés savantes ;

4° *Une revue* des principaux articles de journaux français et étrangers ;

5° *Un bulletin* de thérapeutique médicale ;

6° *Un bulletin* de thérapeutique chirurgicale. Dans ce bulletin, que je rédigerai le plus souvent possible, je décrirai simplement et pratiquement quelques-unes de ces opérations dites *spéciales*, dont la technique n'est pas, que je sache, bien et complètement résumée dans un traité didactique, et que les élèves ont ordinairement quelque peine à apprendre ;

7° *Un bulletin* d'informations ;

8° La dernière page de ce journal sera réservée aux étudiants qui se destinent au concours. On y traitera les questions difficiles d'anatomie, de physiologie et de pathologie qui peuvent être posées par les juges de l'internat.

Pour mener à bien cette tâche que je crois difficile, je me suis assuré la collaboration de camarades instruits et actifs. Avec eux et avec moi travaillera, pour le bien de la *Gazette médicale*, un de mes jeunes et laborieux amis, Emile Emery, qui a bien voulu réserver à notre rédaction les loisirs que lui laisseront ses devoirs d'interne. Pierre Sébileau.

LES RESSOURCES DES JOURNAUX DENTAIRES EN AMÉRIQUE

Nous lisons dans le *Pacific dental journal* le détail suivant sur les sacrifices pécuniaires des journaux américains pendant la période du congrès.

La littérature courante du congrès était quelque chose de remarquable. Le *Dental Review*, le *Dental Tribune* et le *Dental Cosmos* publiaient chacun une édition quotidienne. Pendant la semaine du congrès, les deux premiers faisaient des comptes rendus de valeur. Quant au *Cosmos*, son compte rendu était un véritable luxe d'informations. Ses directeurs et collaborateurs sacrifiaient leur nuit pour préparer à l'imprimeur les manuscrits des jours suivants.

ANNONCE CUEILLIE DANS UN JOURNAL AMÉRICAIN

Cabinet du Dr X..., dentiste. Dentiers de première qualité pour 8 dollars (43 fr. 20) quand la bouche est préparée. Spécialité d'extractions sans douleur. Aurifications et soins dentaires généraux soigneusement exécutés. Voyage remboursé pour une commande importante.

Voici une riche occasion d'aller à Chicago à bon compte.

(*The Dental Tribune.*)

VOL. 2. DÉCEMBRE 1893 N° 12

REVUE INTERNATIONALE
D'ODONTOLOGIE

AFFECTIONS DENTAIRES ET BUCCALES D'ORIGINE PROFESSIONNELLE

Par M. P. Dubois

Les dents, les gencives et même les maxillaires peuvent être atteints par la pratique de certaines industries.

La connaissance de cette source de désordre importe au premier chef, pour établir le diagnostic de diverses affections de nature ou de marche particulières, et enfin pour instituer le traitement.

Les désordres d'origine professionnelle sont presque toujours connus des ouvriers ; ils peuvent cependant en être ignorés, et, à ce sujet, le dentiste peut jouer le rôle d'un hygiéniste en prémunissant contre des dangers parfois très graves.

L'affection peut avoir pour causes :

1° Une action mécanique ;
2° Une action chimique ;
3° Une intoxication générale ;
4° Une inoculation virulente ou microbienne.

1° UNE ACTION MÉCANIQUE

Les professions dans lesquelles on observe le plus souvent l'action mécanique sont les suivantes : cordonniers, tapissiers, tailleurs de pierres dures, verriers, tailleurs, souffleurs de verre.

Chez les cordonniers et les tapissiers, ainsi que chez les souffleurs de verre, le traumatisme porte principalement sur les dents qui s'usent anormalement sur les points en contact avec les corps durs, clous, chalumeau. Chez les souffleurs de verre, l'action mécanique se complique d'une action thermique qui crée des fêlures, une dessiccation, un commencement de carbonisation de la dent.

Chez les tailleurs de pierres et de verre, l'altération a aussi pour causes le frottement et le dépôt au bord gingival de poussières minérales; ce dépôt détermine une usure de la dent au

collet ainsi qu'une gingivite du bord libre analogue à la gingivite d'origine tartrique. Les tissus mous sont également influencés, et chez les souffleurs il se produit des lésions particulières.

STOMATITE DES SOUFFLEURS DE VERRE

Chez ces ouvriers, principalement chez les *bouteillers*, on remarque à la surface interne des joues, deux plaques opalines bilatérales et symétriques. Ce n'est qu'après un certain nombre d'années de soufflage que la lésion revêt une forme un peu accusée. Chez les jeunes ouvriers, on n'observe tout d'abord qu'un léger érythème, puis les plaques prennent ensuite une teinte blanche laiteuse; l'épiderme se ride, se plisse, semble se détacher ; il se soulève en effet comme un voile transparent à travers lequel on distingue la couleur rose de la muqueuse.

Les plaques peuvent atteindre chez les anciens ouvriers l'aspect de deux larges fausses membranes ridées, plissées et boursouflées qui, souvent, se décollent par lambeaux sur les bords (Guinaud).

L'étendue des plaques est variable, elle varie de la largeur d'une pièce de 50 centimes à celle d'une pièce de 5 francs.

Les chances de contamination syphilitique sont très grandes chez les souffleurs de verre, par suite de la transmission de bouche en bouche des cannes à souffler. Cela a fait établir une inspection spéciale dans les usines.

2° UNE ACTION CHIMIQUE LOCALE

La fabrication ou l'usage fréquent des acides crée ou prédispose à la carie, cause des gingivites ou des nécroses.

Les ouvriers travaillant dans les fabriques où l'on produit, où on manipule les acides chlorhydrique, chromique, sulfurique, nitrique et leurs dérivés voient, comme dans la décalcification expérimentale, leurs dents perdre leurs sels calcaires, devenir molles, transparentes, en quelque sorte gélatineuses, surtout si elles sont dépourvues d'émail sur quelques points.

Chez les ouvriers employant l'acide chromique et le bichromate de potasse, l'action peut s'étendre au tissu osseux, et on a observé chez eux une dissolution des cloisons et des cartilages du nez.

Dans le même ordre d'altérations, on doit signaler celles résultant de la manipulation du sucre et des acides végétaux : chez les confiseurs et les pâtissiers, par exemple. A l'action principale des acides, on peut ajouter l'influence de la température des fourneaux devant lesquels ils travaillent et les dyspepsies qu'ils contractent.

Chez les ouvriers plombiers et zingueurs, chez les décapeurs de tuyaux à gaz, il se produit une altération superficielle des dents, due à l'emploi du chlorure de zinc pour aider la soudure à couler; les dents prennent une teinte grise sale, l'émail se corrode, se craquèle, se désagrège, et des caries à large surface se développent sur les faces antérieures et interstitielles des incisives et des canines.

Quelques métaux et leurs sels, l'argent, le bismuth, le cuivre, déterminent une inflammation particulière des gencives.

Des poussières métalliques peuvent imprégner la gencive sur une petite partie de sa hauteur. Cela est surtout vrai pour le cuivre.

Le cuivre. — Les ouvriers des industries qui l'emploient : tourneurs, bronzeurs, brunisseurs, polisseurs, subissent une imprégnation de couleur vert-gris. Est-elle due à une intoxication générale, donnant lieu à des manifestations locales comme le liseré saturnin ou à un simple dépôt de poussières métalliques? Cela est encore discuté. Quoi qu'il en soit, la gingivite cuprique est fréquente; d'après M. Bailly, elle se rencontrerait sur les neuf dixièmes des ouvriers manipulant le cuivre.

« Elle affecte toute l'étendue de la gencive; cependant elle » se montre plus intense sur le bord libre..... elle prend les » caractères anatomiques de la forme dite fongueuse. Chez les » vieux cuivreux, les dents se déchaussent progressivement et » finissent par tomber. »

(Magitot, *Gencives, in Dict. Encyc. Sc. Méd.*)

Les sels cupriques s'absorbent facilement par les tissus dentaires, on en a la preuve par l'emploi des amalgames de cuivre et par l'usage prolongé du sulfate de cuivre dans un but de désinfection ou d'obturation des canaux dentaires. Cela nous a fait y renoncer pour les dents antérieures.

Le phosphore. — L'étiologie des manifestations buccales résultant du contact et de l'absorption du phosphore est encore plus controversée que pour le cuivre.

Qu'il suffise de dire ici que les vapeurs phosphorées, contrairement à une opinion assez répandue, ne causent pas d'altérations dentaires, ni même d'altérations gingivales, en dehors du point de début de la nécrose. Sur 418 ouvriers examinés attentivement par nous pendant les deux années que nous fûmes chargé du service dentaire dans les usines d'allumettes chimiques de Paris, nous n'avons pu découvrir d'altérations dentaires spéciales à cette industrie. Si les vapeurs phosphorées agissaient localement, à la manière des acides, on aurait des altérations analogues à celles que nous avons décrites plus haut. Il n'en est pas ainsi, et nous relevons dans nos observations des ou-

vriers travaillant dans les ateliers insalubres des usines depuis 11, 14, 20, et même pour un sujet depuis 42 ans, n'ayant aucune carie pénétrante. Ceux qui entrent dans les usines avec de bonnes dents les conservent, et les caries du deuxième degré ne progressent pas plus rapidement.

La carie du collet n'est pas plus fréquente que dans la clientèle de ville.

Cela nous a permis de dire que *les vapeurs phosphorées n'ont pas d'action spécifique corrosive sur les tissus durs de la dent.*

Le tartre n'est pas plus abondant sur les ouvriers qui travaillent aux allumettes chimiques que sur les autres individus.

La gencive n'a pas non plus d'apparence d'inflammation ; sauf pour les individus en imminence de nécrose, on n'observe aucune tuméfaction, aucune fongosité localisée ou étendue. La congestion gingivale, qui se voit souvent dans la clientèle, est fort rare, et ce qui nous a même souvent frappé, c'est le contraire : la décoloration, la pâleur des muqueuses de la cavité buccale; on est en présence de tissus anémiés. (P. Dubois, *Inspection dentaire dans les usines d'allumettes chimiques. Odontologie*, 1887, p. 16.)

Ainsi donc, aucune lésion dentaire, aucune gingivite proprement dite n'est observée chez les ouvriers respirant les vapeurs phosphorées, mais seulement une affection des maxillaires. Si l'on observe au début de la nécrose phosphorée une inflammation de la gencive, elle est, comme dans la périostite phlegmoneuse, assez limitée ; nous n'avons jamais observé la gingivite phosphorée dont parle Magitot.

3° UNE ORIGINE TOXIQUE

Si, pour certains des agents énumérés ci-dessus, l'action générale est douteuse, il n'en est pas de même pour ceux dont nous parlons ici, car quelle que soit la voie d'absorption, la manifestation buccale se produit identiquement.

Le mercure. — Les ouvriers des mines de mercure, les étameurs de glaces, les doreurs sur métaux, les laveurs des cendres des bijoutiers et des orfèvres, les constructeurs de baromètres, de thermomètres, les feutreurs, sont les professions les plus susceptibles d'hydrargyrisme et par conséquent de la gingivite qui en résulte.

L'hydrargyrisme professionnel a surtout pour mode d'absorption les voies respiratoires et c'est par suite de la respiration des vapeurs qu'elle se produit.

On comprend qu'étant donné les précautions prises dans les ateliers, l'intoxication doit être assez lente, mais elle n'en est pas moins redoutable.

Les accidents n'ont, à part l'allure chronique, rien de spécial, et leur pathologie et leur traitement sont les mêmes qu'à la suite de l'absorption d'origine thérapeutique.

Le plomb. — Les ouvriers des mines de plomb, les cérusiers, les peintres, les ouvriers en caractères, les typographes, les lapidaires, les tisseurs se servant du métier Jacquart, les préparateurs de mèches à briquet, sont les plus fréquemment atteints de saturnisme et par conséquent de la gingivite spéciale qui en est un des premiers signes.

« La portion des gencives la plus voisine des dents acquiert une teinte bleuâtre d'un gris ardoisé, tandis que le reste des gencives offre assez souvent un aspect d'un rouge bleu très léger, qui se fond insensiblement avec la teinte rosée de la muqueuse buccale qui tapisse les autres parties de la bouche. L'étendue du liséré, du bord libre des gencives à la partie de la muqueuse où la coloration bleuâtre disparaît, varie en général d'un dixième de millimètre environ. Quelquefois cependant la teinte ardoisée envahit toute l'étendue des gencives et s'étend même à toute la muqueuse buccale. » (Touquerel des Planches, *Maladies de plomb*.)

Gubler a de plus observé chez les saturnins des macules formées de particules métalliques sur la face muqueuse des joues. Sur les lèvres, on constate aussi le même phénomène. Ces macules correspondent aux saillies formées par le tartre qui recouvre les dents, et sont proportionnelles aux rugosités de cette couche adventice. (*Dict. Encycl. Sc. Méd.* art. *Bouche*, p. 232).

La coloration ardoisée ne s'établit pas d'emblée ; les gencives passent par une teinte intermédiaire d'un rouge violet, qui fait place à une coloration bleue et même noirâtre, plus ou moins intense. La coloration est généralement plus intense à la région antérieure qu'à la région postérieure, dans les languettes interstitielles qu'à l'échancrure de la face labiale. Les dents prennent au collet une teinte brunâtre qui s'affaiblit en allant vers le bord libre.

A cette pigmentation s'ajoutent plus tard un affaissement de la muqueuse, un ébranlement et même la chute des dents. La carie dentaire serait fréquemment envahissante chez les saturnins.

(Chaillou, *Etude du liséré gingival dans certaines imprégnations métalliques*, *Th. de Paris*, n° 207, 1878.)

Le processus est atrophique sans jamais revêtir la forme inflammatoire et congestive. Malgré la cessation des causes d'intoxication, la coloration pathologique de la gencive persiste longtemps après ; c'est même l'un des signes de la cachexie saturnine.

Pour Gubler, la pigmentation serait d'origine externe et marcherait parallèlement à l'intoxication générale sans subir son action directe.

« Les molécules pénètrent dans la bouche et s'attachent à la » base des dents..... puis, noircies rapidement par l'hydrogène » sulfuré, ne tardent pas à se trouver emprisonnées dans la » muqueuse. » (Gubler., *loc. cit.*)

Pour d'autres auteurs, Burton entre autres, qui a le premier signalé le liséré saturnin, le liséré serait dû à une élimination du plomb par la salive et les glandules buccales. A l'appui de cette opinion, on invoque la constatation de sa présence à la suite d'empoisonnements accidentels. Il se pourrait que les deux se produisissent.

Après avoir exposé les manifestations buccales du saturnisme, nous ajouterons que des altérations analogues pourraient s'observer chez ceux qui manipulent l'argent, le bismuth et leurs sels et même le borax, car le liséré argyrique, la stomatite bismuthique, boracique, ont été constatés à la suite de leur administration thérapeutique.

L'ARSENIC. — Il détermine chez certains individus, particulièrement susceptibles, de la stomatite pour des doses relativement faibles. Celle-ci revêt un caractère phlegmasique non rencontré sur les saturnins. On a signalé un liséré spécial gris blanchâtre, une tuméfaction, une rougeur des gencives, suivie à brève échéance de la formation de fongosités saignant facilement. Il s'y joint une saveur métallique, une sensation de sécheresse à la langue, une soif ardente, du ptyalisme et une fétidité insupportable de l'haleine. Quoique les lésions débutent à la gencive, elles n'y sont pas, dans les cas graves, exclusivement localisées, et des ulcérations, des centres gangréneux peuvent s'établir à la face interne des joues et même gagner le pharynx.

Les ouvriers des mines d'arsenic, ceux qui préparent le vert de Schweinfurt, la fuchisne, l'aniline, les ouvriers en papiers peints, les fleuristes, sont ceux qui subissent le plus facilement l'intoxication arsenicale. Si l'absorption à l'intérieur suffit pour provoquer la stomatite arsenicale, il n'en est pas moins vrai que ceux qui sont soumis à l'action des poussières en sont plus rapidement et plus intensivement atteints.

Les stomatites mercurielle, saturnine, arsenicale s'accompagnent toujours d'une fétidité exceptionnelle de l'haleine et la constatation de ce fait seule rend nécessaire l'enquête sur l'origine professionnelle ou accidentelle de l'affection.

4° UNE INOCULATION VIRULENTE OU MICROBIENNE

Les affections de cette nature sont les gingivites ulcéreuse et ulcéro-membraneuse observées chez les marins et les soldats. La mauvaise hygiène générale et buccale des soldats et des

marins y prédispose. Chez ces derniers l'insuffisance des vivres, et principalement des légumes frais, l'abus du tabac à chiquer, le prêt de la pipe (parfois le vol de la chique) (Dupont, *De la stomatite ulcéreuse des matelots. Th.* 1872) sont autant de causes prédisposantes ou déterminantes de l'infection buccale. Les longues croisières, la rétention dans une ville assiégée, l'internement sur un même point d'un grand nombre de prisonniers, peuvent donner à l'affection une allure épidémique (campagne de Crimée, siège de Paris, etc.).

La navigation à vapeur et ses courtes traversées ont de beaucoup réduit la fréquence et la gravité de la stomatite des marins.

Les manifestations buccales du scorbut ne doivent pas être confondues avec les affections décrites ci-dessus.

DE L'ANESTHÉSIE LOCALE EN CHIRURGIE DENTAIRE

Par M. Maurice Roy,

Médecin de la Faculté de Paris, ex-chef de clinique à l'École dentaire de Paris.

(*Suite.*)

III

Jusqu'à ces dernières années, l'anesthésie locale n'avait pas fait grand progrès, ainsi qu'on l'a vu par l'historique que nous venons de présenter.

Le pulvérisateur à éther de Richardson était resté, malgré tout, le moyen a peu près universellement employé pour l'anesthésie locale, qui était elle-même bien peu pratiquée.

Mais, depuis quelques années, les progrès de la chimie et les recherches physiologiques poussées dans ce sens, ont fait découvrir de nombreux agents anesthésiques locaux ; on est entré maintenant dans une nouvelle voie, et ce n'est plus seulement du côté de la réfrigération que l'on cherche la solution du problème de l'anesthésie localisée ; par les applications topiques et surtout par les injections hypodermiques, on est arrivé à des résultats que l'on pourrait presque considérer comme l'idéal, si les progrès constants de la science et de l'expérimentation ne faisaient espérer des agents encore supérieurs à ceux que nos possédons.

Une des preuves les plus concluantes des progrès réalisés dans la pratique de l'anesthésie locale est dans l'importance qu'elle a

prise en chirurgie, importance qui ne fait que s'accroître chaque jour, à mesure que les agents anesthésiques sont mieux connus, mieux maniés et à mesure que tombent les préventions que certains d'entre eux avaient soulevées au début, à la suite de quelques accidents causés par l'ignorance des doses et du *modus faciendi*.

En chirurgie dentaire, l'anesthésie locale, qui, il y a quelques années, était peut-être encore moins employée qu'en chirurgie générale, est aujourd'hui extrêmement répandue et, comme nous le disions au début de ce travail, les dentistes ont certainement contribué à en répandre l'usage en chirurgie.

De tous les agents anesthésiques, la cocaïne est évidemment celui qui a pris une place prépondérante. Néanmoins, à côté d'elle, d'autres agents analogues ou agissant différemment appellent l'attention au point de vue spécial qui nous occupe ; ce sont la tropacocaïne, le chlorure d'éthyle et le coryl, et c'est pourquoi nous consacrerons une étude particulière à chacun d'eux, à cause de l'importance qu'ils ont acquise.

Toutefois, avant de passer à cette étude, nous signalerons rapidement un certain nombre de produits jouissant de propriétés anesthésiques qui ont été proposés ces dernières années.

Ces agents sont de divers ordres ; les uns sont employés sous forme de topiques, les autres sont employés en injections sous-cutanées ou sous-muqueuses.

Quant aux réfrigérants, nous n'y reviendrons plus que pour le chlorure d'éthyle et le coryl ; nous avons indiqué à peu près tous les autres dans l'historique.

Parmi les topiques, il nous faudrait citer un grand nombre de préparations vendues dans les dépôts dentaires et préconisées comme anesthésiques. Mais toutes ces préparations ne sont que des mélanges sans valeur réelle de divers produits anesthésiques.

La teinture de cannabis indica a été vantée il y a quelques années comme anesthésique local, mais son action est extrêmement superficielle, de même du reste que tous les topiques, quels qu'ils soient.

Dubrac [1], en 1885, a proposé un mélange qui lui avait donné, paraît-il, des résultats satisfaisants pour l'extraction des dents. C'est une solution de chloral anhydre dans du chloroforme additionné d'huile essentielle de menthe et d'extrait de capsicum.

Enfin la cocaïne a été employée au début en applications topiques. C'était par analogie avec son mode d'emploi en ophtal-

1. Dubrac, *De l'anesthésie locale appliquée à l'extraction des dents*. — *Revue Odontologique*, 1885, p. 54.

mologie, où l'anesthésie de l'œil est obtenue par de simples instillations d'une solution de cocaïne ; mais, si l'anesthésie obtenue est assez profonde sur une muqueuse aussi ténue que la conjonctive, elle est très superficielle sur les autres muqueuses et absolument nulle sur la peau non dépourvue de son épiderme. L'anesthésie obtenue de cette façon sur la muqueuse buccale est suffisante pour de légères opérations, telles que des scarifications sur les gencives ; mais le résultat est absolument nul au point de vue de l'extraction des dents. C'est ce que montrèrent les premiers essais que firent les dentistes avec la cocaïne[1] et c'est la connaissance de ces faits qui la faisait reléguer à un rang tout à fait secondaire, lorsque la pratique des injections sous-gingivales vint donner à cet agent l'importance qu'il a acquise aujourd'hui.

Nous ne citerons que pour mémoire l'anesthésie par les applications de cocaïne suivies de pulvérisations d'éther[2]. Cela n'a plus qu'un intérêt historique.

Depuis la découverte des propriétés de la cocaïne, on a essayé un assez grand nombre d'alcaloïdes possédant des propriétés anasthésiques analogues, mais aucun d'eux n'a pu jusqu'ici supplanter la cocaïne.

La caféine (Terrier), la théine, le menthol (Rosemberg) ont été tour à tour essayés, mais leur action est beaucoup moins énergique que celle de la cocaïne.

L'isococaïne, isomère de la cocaïne obtenu en partant de l'ecgonine, produit l'anesthésie plus rapidement que la cocaïne, mais elle est plus irritante que celle-ci[3]. L'érythrophléine, dont l'anesthésie est plus durable, mais plus longue à se produire et moins énergique que celle de la cocaïne, est également très irritante, même à faible dose (Kaposi, Panas).

Citons encore la brucine (Burnett, Leiss), qui n'a pu être employée qu'en instillations, sa toxicité empêchant naturellement son emploi en injections hypodermiques, le hayap, l'elléboréine, la lewinine (Randolph), etc., etc.

On sait que l'anesthésie locale peut être obtenue dans certains cas à la suite d'une simple injection d'eau pure ; on peut re-

1. Voici ce que disait, en 1884, le Dr Th. David au sujet de la cocaïne : « Quant à l'anesthésie locale permettant l'extraction des dents sans douleur, il n'y faut pas songer, puisque le chlorhydrate de cocaïne ne donne qu'une insensibilité superficielle. » Il conclut en disant que la cocaïne peut servir à tromper le patient en supprimant la sensation de l'instrument. (*Le chlorhydrate de cocaïne*, *Odontologie*, 1884, p. 367.) — M. Poinsot disait (*Ibid.*), qu'il n'était pas supérieur à l'acide phénique comme anesthésique dans l'extraction des dents.

2. Aubeau. *Anesthésie locale obtenue par l'emploi combiné de la cocaïne et de l'éther*. — *Odontologie* 1886, p. 1

3. *Journal de pharm. et de chimie*, 1890.

courir à ce procédé lorsque, pour une raison ou pour une autre, on doit s'abstenir d'injecter de la cocaïne. Cette pratique est absolument inoffensive et, en plus de son action psychique, elle peut donner des résultats satisfaisants.

On peut aussi employer une solution de sel marin (Schleich), mais ce procédé est douloureux et il faut y ajouter un peu de cocaïne. Van Hacker [1] emploie une solution de sel marin à deux pour mille, avec adjonction d'un pour mille de cocaïne ; il injecte, suivant les cas, un demi à douze centimètres cubes de la solution.

IV

Le chlorure d'éthyle ou éther chlorhydrique, $C^2 H^5 Cl$, est un liquide incolore d'une odeur très légèrement alliacée, peu soluble dans l'eau, soluble en toute proportion dans l'alcool. Il est inflammable et brûle avec une flamme verte ; il bout à + 12°. On le prépare en distillant de l'alcool saturé d'acide chlorhydrique. Son point d'ébullition étant inférieur à la température normale, on le conserve dans des tubes ayant une extrémité effilée fermée à la lampe. Depuis quelque temps, on a ajouté à ces tubes de petits ajutages en cuivre avec un couvercle à vis en rendant l'emploi plus facile.

Le chlorure d'éthyle est connu depuis longtemps. Flourens et divers auteurs avaient essayé de l'utiliser comme anesthésique général, mais ils n'avaient pas obtenu de résultats satisfaisants. Rottenstein, en 1866, avait eu l'idée de l'associer à l'éther pour produire la réfrigération et il dit avoir obtenu ainsi de bons résultats [2] ; mais ces derniers faits étaient tout à fait oubliés quand en 1890, le Dr Rougier, de Lyon, vanta les bons effets du chlorure d'éthyle contre les douleurs du zona. A la même époque, les dentistes génevois faisaient des essais d'anesthésie locale pour l'extraction des dents avec le chlorure d'éthyle et au Congrès français de chirurgie en 1891 [3], M. Redard faisait une communication à ce sujet ; la même année, M. Meng expérimentait le nouveau produit à la clinique de l'Ecole dentaire de Paris.

L'usage du chlorure d'éthyle se répandit alors beaucoup et d'autant plus qu'à ce moment beaucoup de dentistes étaient effrayés par quelques accidents imputés à la cocaïne et autour desquels on avait fait grand tapage. Du reste, comme l'expérience l'a prouvé, on se trouvait en présence d'un agent qui, s'il ne

---

1. Soc. Impér.-roy. des Médecins de Vienne. *Bulletin Médical*, 1893.
2. Rottenstein, *loc. cit.*, p. 293.
3. Redard, *Nouvelle méthode d'anesthésie locale par le chlorure d'éthyle*, 1891.

peut s'appliquer à tous les cas, est néanmoins capable de rendre des services dans nombre de circonstances.

Comme nous l'avons dit il y a quelques instants, le chlorure d'éthyle est renfermé dans des ampoules de verre ayant une extrémité effilée fermée à la lampe. Lorsque que l'on veut se servir d'une de ces ampoules, on brise l'extrémité de la pointe et on tient l'ampoule à pleine main ; la chaleur de la paume de la main suffit pour faire entrer en ébullition le chlorure d'éthyle, puisqu'il bout à + 12°, et il sort en se vaporisant par l'extrémité capillaire de l'ampoule. Lorsque l'on a terminé, il faut boucher le tube, sans quoi on ne trouverait plus rien dedans au bout de peu de temps. Pour cela on peut le boucher avec un caoutchouc, ce qui est absolument insuffisant, ou, ce qui est mieux, le refermer à la lampe suivant le procédé indiqué par M. Gillard [1] et M. Fossez [2], procédé qui consiste à chauffer l'extrémité effilée de l'ampoule jusqu'à ce qu'elle fonde, et à ce moment on la serre à la pince. Il faut toutefois avoir soin d'envelopper l'ampoule dans un linge trempé dans l'eau froide pendant qu'on chauffe l'ampoule et maintenir celle-ci verticalement jusqu'à ce que son extrémité soit refroidie afin que le chlorure d'éthyle n'arrive pas sur la partie chauffée.

Pour éviter toutes ces complications, il est préférable d'employer les ampoules munies d'un petit ajutage en cuivre avec un couvercle à vis qui permet de se servir d'un tube de chlorure d'éthyle sans en perdre et sans aucun ennui.

L'ampoule étant tenue comme il est dit ci-dessus et à 30 centimètres environ de la région à anesthésier, on dirige le jet de chlorure d'éthyle sur celle-ci. La peau ou la muqueuse rougit légèrement au début, puis apparaissent de petits îlots blancs qui très rapidement se réunissent et la région couverte de givre est alors anesthésiée. La pulvérisation peut être continuée longtemps sans crainte de produire d'escharre ; on n'en a jamais observé.

Pour l'extraction des dents, la région à anesthésier doit être autant que possible à l'abri de l'humidité, sans quoi la congélation est très longue à se produire ou ne se produit pas ; la pulvérisation se fait sur la gencive, au niveau de la racine de la dent à extraire, en commençant sur la face externe et continuant autant que possible tout autour de la dent ; toutefois, si celle-ci est d'un accès trop difficile, on se contentera de faire la pulvérisation sur la joue de façon à agir sur les branches cutanées du trijumeau ; nous avons pratiqué des extractions de dents sans

1. *Revue Internationale d'Odontologie,* 1892, p. 76.
2. *Ibid.*, p. 144.

douleur par ce dernier procédé, et il y a certainement là autre chose que de la suggestion.

Le froid produit par le chlorure d'éthyle est plus intense que celui produit par l'éther, ce qui s'explique par un point d'ébullition moins élevé que celui-ci, et son usage est infiniment plus commode, puisqu'il ne nécessite pas d'appareil spécial susceptible de se déranger, comme le pulvérisateur de Richardson. Néamoins l'anesthésie produite est assez superficielle et il est de toute nécessité d'opérer très vite si l'on veut obtenir un résultat satisfaisant, en sorte que l'usage en est forcément limité ; on ne saurait en effet employer le chlorure d'éthyle avec quelque espoir de succès dans l'extraction d'une dent solidement implantée ; mais, si celle-ci n'est pas dans ce cas et est d'accès facile, on pourra y recourir avec avantage et obtenir une anesthésie suffisante pour opérer sans douleur ou tout au moins avec une grande atténuation de celle-ci. S'il s'agit d'une opération sur les gencives, ouverture d'abcès, etc., c'est l'agent indiqué comme anesthésique.

On obtiendra presque toujours un meilleur résultat pour les opérations à faire à la mâchoire supérieure que pour celles de la mâchoire inférieure, à cause de la difficulté pour ces dernières d'éviter l'arrivée de la salive.

V

Le coryl est un produit de découverte récente ; c'est en effet en 1892, au Congrès médical de Bruxelles, qu'il fut présenté pour la première fois par MM. Joubert et Cie. Des essais en chirurgie générale et dentaire furent faits en Belgique, et M. d'Argent, ayant eu connaissance des bons résultats obtenus, essaya le nouvel agent et fit à ce sujet une communication à la Société d'odontologie de Paris [1].

Le coryl est un mélange de chlorure d'éthyle et de chlorure de méthyle ayant son point d'ébullition à 0°. C'est un liquide incolore, d'odeur légèrement alliacée comme ses deux composés. Il est inflammable et brûle avec une flamme verte.

Le coryl est contenu dans un récipient spécial appelé coryleur. Cet appareil, construit en nickel, est en forme de tube avec une extrémité effilée sur laquelle se vissent divers ajutages à articulation permettant d'atteindre tous les points de la bouche. La sortie du coryl est réglée par une vis placée sur le côté de l'appareil.

Pour se servir du coryl, tenir le réservoir du coryleur à pleine

1. *Revue Internationale d'Odontologie*, 1893, p. 107.

main et incliné de haut en bas; il est nécessaire, pour obtenir un bon résultat, que le coryl soit maintenu à une température de $+15$ à 20°.

Recommandant au malade de respirer par le nez (les vapeurs de coryl sont en effet très irritantes) et ayant séché la gencive, on commence la pulvérisation à la face externe au niveau de la racine de la dent à extraire, remontant jusqu'au collet et redescendant de même à la face interne; on promène le jet ainsi pendant 15 à 20 secondes au bout desquelles l'anesthésie est obtenue ; elle dure de 20 à 40 secondes, suivant le temps pendant lequel la pulvérisation a été faite.

L'anesthésie produite est assez profonde. Si la dent n'est pas trop solidement implantée et si l'opération est rapidement faite, le résultat est très satisfaisant, on n'aurait jamais observé d'escharre à la suite d'application de coryl ; on doit toutefois veiller à ne pas prolonger outre mesure la pulvérisation en un même point.

Le coryleur facilite beaucoup l'application de ce réfrigérant. Par sa forme et par la possibilité de pulvériser très près de la gencive et non à une certaine distance, il permet d'arriver sur la région à anesthésier mieux qu'avec les ampoules de chlorure d'éthyle. Il produit de plus un froid plus intense et une anesthésie plus profonde que celui-ci.

Le coryl paraît être jusqu'à présent le meilleur des anesthésiques par réfrigération.

Néanmoins, il n'est pas exempt des défauts inhérents à la réfrigération elle-même, légère douleur d'application et sensibilité des dents voisines. Il est également d'application difficile à la mâchoire inférieure, à cause de la difficulté d'empêcher l'arrivée de la salive, ce qui retarde ou empêche l'anesthésie, comme pour le chlorure d'éthyle. Un ennui assez grand est la nécessité de faire recharger l'appareil après une dizaine d'opérations, ce qui, en outre, rend son emploi d'un prix de revient plus élevé que le chlorure d'éthyle. Toutefois ces inconvénients sont compensés par de réels avantages.

(A suivre)

SOCIÉTÉS ODONTOLOGIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 19 décembre 1893.

Présidence de M. Viau.

DES INCONVÉNIENTS DE L'USAGE FRÉQUENT DE CERTAINS ANTISEPTIQUES

M. Poinsot. — Il y a quelque temps, une dame d'un certain âge est venue me trouver avec une bouche en assez mauvais état et qui présentait cette particularité que toutes les dents avaient une coloration noire un peu métallique. Je ne pus trouver la cause de cette coloration, qui me surprenait beaucoup; mais comme toutes ses dents devaient être enlevées, je fis revenir cette dame, qui désirait être anesthésiée et qui revint quelques jours après avec son gendre, qui est médecin. Or, ce monsieur m'ayant demandé de lui examiner la bouche, je constatai cette même coloration noire sur toutes ses dents. Très intrigué, je cherchais à quoi pouvait être attribuée cette coloration, et, comme pour cette dame, je ne trouvais aucune cause à invoquer, quand je lui demandai s'il se soignait bien la bouche. « Certainement, me répondit-il, tous les matins je me fais des lavages antiseptiques. » Et cet antiseptique était le bichlorure de mercure. La cause était trouvée et je vous signale ce petit fait pour vous mettre en garde contre l'usage trop fréquent des antiseptiques mercuriels. La coloration des dents était en rapport avec la plus ou moins grande vitalité des dents.

M. Roy. — J'ai observé un cas semblable, quoique moins intense, il y a quelque temps ; il s'agissait d'un monsieur suivant un traitement antisyphilitique, il ne fumait pas et avait une coloration noire des espaces interdentaires due à la liqueur de Van Swieten.

M. Viau. — A un dîner des dentistes américains d'Europe, j'eus occasion de causer avec un de nos confrères très partisan des antiseptiques mercuriels ; il les employait personnellement. Je lui demandai à voir sa bouche et j'y vis des dents très déchaussées.

M. Joseph. — Il doit y avoir infiltration des tissus de la dent.

M. Roy. — Il n'y a pas infiltration sur des dents saines.

M. Vacher. — L'infiltration est possible au collet et c'est le cas pour les dents qu'on vous présente.

M. Roy. — C'est une erreur, vous pouvez voir qu'elles sont surtout colorées au bord libre.

M. F. Jean. — La différence de teinte est due au nettoyage par frottement qui se produit en certains endroits.

PRÉSENTATION D'UN REDRESSEMENT

M. Poinsot. — On doit présenter tous les cas intéressants de la pratique; si beaucoup connaissent des faits semblables, cela peut rendre service à quelques-uns. Je vous présente deux moulages

l'un avant, l'autre après redressement d'une bouche où je me suis contenté d'emboîter les dents antérieures, en laissant monter les molaires de façon à rehausser l'articulation.

M. Vacher. — Qui a fait le premier cette remarque à propos de l'élévation des molaires ?

M. Poinsot. — Ma foi, je n'en sais rien ; c'est un fait d'observation courante et que bien des praticiens connaissent sans que personne puisse s'en attribuer la priorité.

Je vous présente le moulage de la mâchoire inférieure d'un enfant de 4 ans, avec une incisive supplémentaire et une dent que j'ai enlevée à un dément, dent dont le canal avait été aurifié et qui s'était résorbée, et on voit l'or qui a conservé la longueur et indique de combien la dent s'est résorbée.

M. F. Jean. — C'est plutôt l'or qui avait dépassé pendant l'aurification.

NOUVEAU PANSEMENT POUR DENTS INFECTÉES

M. Poinsot. — J'évite les pansements humides dans les caries infectées et je me sers du composé suivant :

Salol	0 gr.	10 centigr.
Acide salicylique	0	75
Iodoforme	0	25

Faire fondre à mesure des besoins.

NOTE SUR UNE DES MANIFESTATIONS BUCCALES DE LA NEURASTHÉNIE

M. Joseph. — Quelques faits cliniques m'ont amené à penser que la neurasthénie, comme d'autres affections du système nerveux, pouvait s'accompagner de phénomènes particuliers du côté de la bouche.

Ces manifestations sont de divers ordres, depuis l'hyperesthésie des dents jusqu'à des désordres plus profonds.

Comme on le sait, la neurasthénie est un trouble dynamique du système nerveux sans lésion connue de celui-ci.

M. Viau a présenté, il y a quelque temps, une observation à la Société sous ce titre : *Sur une forme non décrite de périodontite chronique.* Cette affection est caractérisée, dit l'auteur, par la mobilité très grande de la dent atteinte, par la disparition presque complète des parois alvéolaires et par l'absence de suppuration. La lésion est limitée à une dent.

La localisation de la lésion et l'absence de suppuration font hésiter l'auteur à déterminer la nature de la lésion. Elle semble correspondre à l'atrophie sénile.

Pour moi, ayant bien étudié ce fait clinique, j'en fais une manifestation de la neurasthénie. En effet, les observations citées par M. Viau concernent toutes des neurasthéniques.

Quels que soient la cause première de ces manifestations, leur mécanisme intime, un fait demeure indéniable, la dégénérescence des tissus dentaire, alvéolaire et gingival. Nous sommes en présence d'un terrain tout à fait préparé aux invasions microbiennes.

M. Viau lit une lettre de *M. Frey*, empêché de venir à la séance et qui envoie une note au sujet de la communication de M. Joseph.

M. Beard parle bien de troubles bucco-dentaires dans son étude de la neurasthénie, mais ce sont des troubles concomitants.

M. Frey ne croit pas à la périodontite dont parle M. Joseph.

M. Joseph. — M. Frey est de mon avis, la lésion n'est pas pathognomonique, mais le terrain est préparé.

M. Vacher. — Les lésions signalées chez les déments par M. Poinsot ne se rapprochent-elles pas de celles signalées par M. Joseph ?

M. Poinsot. — J'ai signalé chez les déments la fréquence des dents mortes et en ai cité, en 1886, un exemple fort intéressant.

La séance est levée. M. R.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE GENÈVE

Séance du 18 *décembre* 1893.

Présidence de M. J. B. Demole.

Le président fait part à l'assemblée d'un extrait du compte rendu de la réunion du 1er juillet 1893 tenue à Lausanne par la Société vaudoise de médecine[1].

M. le docteur Roux, de Lausanne, donne quelques détails au sujet d'une petite pièce de prothèse dentaire ayant passé dans l'œsophage et ayant nécessité l'œsophagotomie externe. Le patient était envoyé par le Dr Chatelanat, de Montreux; l'appareil avait été avalé pendant la nuit. Plusieurs essais infructueux, comme ceux déjà tentés à Montreux, soit avec le panier de Graefe, soit avec la pince de Thiemann, qui donne pourtant une prise très sûre, engagent à faire l'œsophagotomie.

Après l'incision faite pendant la narcose, on fit une nouvelle tentative au moyen de la pince avec l'aide des doigts introduits dans la plaie. Quoiqu'on sentît très bien la pièce prise dans les mors, il fut impossible de la mobiliser. Elle est à l'entrée du thorax. Même après l'incision de l'œsophage, on ne parvint pas à dégager le dentier, qui était enclavé fortement. Il fallut agrandir l'incision jusqu'à ce qu'on vît les angles de l'appareil et qu'on pût dégager ceux-ci des parois de l'œsophage, dans lesquelles ils étaient profondément implantés.

La pièce extraite représente une demi-plaque palatine portant deux incisives et munie à ses extrémités de crochets en retour destinés à maintenir le dentier en contournant deux molaires postérieures. Ces crochets recourbés en hameçon étaient plantés dans la paroi de l'œsophage, de manière à ne pouvoir être mobilisés ni dans un sens ni dans l'autre. La pointe des dents artificielles elle-même était également fixée dans la paroi, de sorte qu'une traction forcée aurait eu toutes les chances de causer des dégâts considérables dans l'œsophage, et de léser peut-être l'artère thyroïdienne inférieure.

---

1. *Revue Médicale de la Suisse romane,* novembre 1893.

La pièce s'était tournée de manière à présenter obliquement son plus grand diamètre : celui entre les deux crochets postérieurs.

Beaucoup de personnes s'exposent à cet accident et disent suivre le conseil de leur dentiste en gardant pour la nuit des pièces prothétiques. Il paraît que la pièce enlevée chaque soir est plus tôt hors d'usage que celle qui reste en place, parce qu'elle perd plus facilement le contact exact nécessaire à son maintien. Il y a donc lieu de rendre attentif au danger de cette pratique et les dentistes et les édentés.

Après l'opération, la plaie est laissée ouverte; un tampon iodoformé l'obture. On nourrit le malade à la sonde pendant quelques jours. Vu la bénignité de l'opération et les dangers de l'expectative comme ceux des tractions forcées, M. Roux recommande l'œsophagotomie externe dans tous les cas semblables.

M. Thioly-Regard appelle l'attention de l'assemblée sur les petits avis: « On est prié de ne pas cracher, » qui, par mesure hygiénique, ont été affichés dans les services publics de Paris. Il est bon de faire ressortir que si les dentistes ont été les premiers à employer les anesthésiques généraux et locaux, de même qu'à utiliser dans leurs pansements les propriétés désinfectantes et antiseptiques d'un certain nombre d'extraits dérivés de la houille et du goudron, ils ont également été les premiers à connaître la virulence de la salive humaine et les dangers d'infection que font courir les crachats, qui contiennent par centaines bacilles et champignons microscopiques.

Les récentes études microbiologiques ont confirmé les données que nos prédécesseurs possédaient déjà et que la science a rajeunies, par le baptême de ces infiniment petits qui pullulent dans les liquides buccaux, d'une multitude de noms plus ou moins grecs. Il est parfaitement établi que de tout temps les dentistes se sont mis en garde contre les suites dangereuses des blessures, des piqûres infectieuses faites avec des instruments, fraises, forets, excavateurs, etc., non désinfectés, qui peuvent occasionner des complications sérieuses comme l'enflure de la main et du bras, produisant forcément une incapacité de travail plus ou moins longue suivant le cas. Quelquefois ces accidents sont très graves. Les deux exemples suivants en fourniront la preuve.

Il y a 18 mois, un dentiste berlinois enlevait le tartre déposé en assez grande quantité sur les dents d'un client ignorant les préceptes les plus élémentaires de l'hygiène de la bouche ; au cours de l'opération un petit fragment de tartre sauta malencontreusement contre l'œil droit de l'opérateur ; une inflammation aiguë s'ensuivit, qui, malgré tous les soins, détermina la perte de l'organe visuel lésé, qui dut être extirpé.

Récemment, la fille d'un dentiste, faisant fonction d'assistant auprès de son père, est décédée après de cruelles souffrances, à la suite d'une blessure faite à un doigt par un excavateur. Voici comment notre désolé confrère, M. F. Rudolph, de Landsberg, en Allemagne, raconte ce triste drame dans le dernier numéro de la

Réforme dentaire : « Dans le courant du mois de mai, en préparant une cavité pour l'obturer, ma fille se piqua sous l'ongle de l'indicateur de la main gauche ; elle n'y attacha tout d'abord aucune importance et négligea même de m'en parler. Mais, cinq jours plus tard, le doigt devint excessivement douloureux et le médecin de la famille posa le diagnostic d'un empoisonnement du sang. Cependant, après un traitement de quatre semaines, le doigt était parfaitement guéri. Ce n'est que dans la dernière semaine du mois d'août qu'une fièvre aiguë se déclara soudainement ; M. le professeur Fürbringer, de Berlin, appelé en consultation, constata que l'empoisonnement du sang avait gagné les organes internes ; la terminaison fatale survint rapidement au bout de quelques heures. »

Ce dernier cas montre combien il est dangereux de se blesser avec un instrument souillé. Toute piqûre ou coupure doit être sérieusement traitée ; on devra la faire abondamment saigner, ensuite elle sera lavée à grande eau, puis cautérisée à l'aide du thermocautère, enfin pansée avec des compresses fréquemment renouvelées d'eau phéniquée à 2/100. Au moindre indice d'enflure, en attendant le médecin, les boissons chaudes : infusions de bourrache, de sureau, de tilleul, sont recommandées, de même qu'un petit verre à liqueur de vin tonique de quinquina et de kola, à prendre toutes les 4 ou 5 heures.

M. Guillermin, malgré les théories admises sur la genèse des microbes, ne croit pas qu'il faille s'alarmer outre mesure sur les dangers d'infection que l'on peut courir dans la pratique journalière. Grâce aux précautions antiseptiques que l'on prend de nos jours et à la désinfection du matériel opératoire, il est impossible qu'un instrument en acier poli soit un milieu de culture bien favorable, aussi doit-on regarder comme exagérée et non fondée l'accusation portée contre les dentistes d'être, vis-à-vis du public, des agents de transmission des maladies infectieuses, en particulier de la tuberculose, quand au contraire ce sont eux qui risquent d'être contaminés en respirant les produits d'expiration d'un client tuberculeux. De tout l'arsenal dentaire, l'inhalateur pour le protoxyde d'azote avec les masques utilisés pour l'anesthésie générale sont les seuls instruments difficiles à entretenir et qui pourraient devenir des objets de contamination, si leur nettoyage antiseptique n'était pas fait régulièrement après chaque usage.

M. Roussy, le délégué officiel de la société au Congrès international de Chicago, présente un rapport très complet sur les conférences et les démonstrations qui ont vu le jour au mois d'août dernier dans le Palais des Arts, construit sur les bords du lac Michigan à l'occasion de l'Exposition universelle de Chicago. Comme le résumé de ces travaux a déjà été publié par plusieurs journaux professionnels et que, d'un autre côté, le rapporteur nous a fait part de son désir de conserver la primeur de son compte rendu pour la *Revue suisse*, nous n'insisterons pas, si ce n'est pour indiquer l'impression personnelle de notre délégué, qui a été celle d'une déception ; il s'attendait à quelque chose de mieux. Démonstrations pratiques

peu nouvelles et peu instructives, désordre pendant ces démonstrations, tout le monde se pressant autour des fauteuils, bousculant l'opérateur et l'opéré de façon que seuls les privilégiés du premier rang pouvaient apercevoir quelque chose, absence complète d'antisepsie des instruments, miroirs, etc., qui passaient d'une bouche à l'autre sans être désinfectés, encombrement des salles par les expositions des fournisseurs, etc., etc. M. Roussy a été désagréablement surpris de voir les Américains ne pas être assez impartiaux, et ne pas se rappeler qu'il y avait, dans l'assemblée, des invités de toutes les nations ; un peu de modestie aurait empêché l'exagération des discours qui ont donné à entendre que c'est aux dentistes américains que l'on doit la découverte des anesthésiques, des traitements antiseptiques, des obturations, de la prothèse, enfin de l'art dentaire tout entier. Le nom de Fauchard, le premier littérateur dentaire, n'a pas même été prononcé.

M. Demole remercie le rapporteur pour le dévouement qu'il a montré en acceptant la mission qui lui avait été confiée et d'avoir décrit avec autant de fidélité que d'intérêt la physionomie générale de tout ce qui a été dit et fait à Chicago, lors de cette grande assemblée universelle de la corporation dentaire.

M. Guye se joint aux remerciements et aux paroles élogieuses prononcés par le Président ; il ajoute qu'il a été très heureux de rencontrer chez un participant du Congrès la même impression qu'il a ressentie en lisant le *Cosmos* ; c'est que, s'il y a eu quelques productions de valeur, la moyenne a été faible. Malgré la prétention des journaux américains de regarder le succès du Congrès international de Chicago comme complet, il n'a rien pu découvrir, ni idée, ni méthode, qui n'ait déjà été publié et ne soit connu depuis longtemps. L'organisation en plusieurs sections n'est pas à recommander, dans un congrès ; les dentistes doivent pouvoir assister à tous les travaux, à toutes les séances. Il est indispensable d'avoir, comme à Paris en 1889, une seule section, en octroyant au Comité d'organisation du prochain Congrès, le droit absolu de refuser impitoyablement tous les travaux peu intéressants.

LEPÈRE HIOSTE

COLUMBIAN'S WORLD DENTAL CONGRESS

Compte rendu sommaire rédigé pour la *Revue Internationale d'odontologie*[1].
(*Suite*)

Section I.

ABOTT. — DENTS DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE A LA NAISSANCE

La cuspide permanente a un follicule bien plus large que celui de la temporaire ; cela peut être illustré par un grossissement de

1. Voir *Revue Internationale d'Odontologie*, septembre 1893, p. 402; octobre, p. 442 ; novembre, p. 500.

vingt-cinq diamètres. La face labiale est beaucoup plus volumineuse que la linguale. Elle est composée de tissu médullaire sans le plus léger mélange de tissu myxo-fibreux ou connectif, en même temps elle est faiblement vascularisée. La dentine et le chapeau d'émail sont encore étroits et se terminent brusquement sur le côté labial. Un étranglement apparent se présente à leur terminaison, au delà duquel le follicule bombe considérablement, pendant que, sur le côté lingual, la dentine et le chapeau d'émail suivent une ligne non brisée.

La première molaire temporaire, à cette époque de développement, est d'une taille et d'une importance considérables. Elle présente dans cette section deux cuspides sur lesquelles la linguale est remarquablement plus haute que la buccale; la dernière est un peu moins développée que la première. Le follicule est une masse de tissu connectif myxo-fibreux abondamment fourni de capillaires. Correspondant à la dépression, entre les deux cuspides, le germe est plus étroit, bombant de ce point en haut et en dehors. Le sommet de la cuspide linguale est plus haut et plus pointu que celui de la buccale. On observe une rangée d'odontoblastes et seulement au tiers inférieur.

Le sommet du follicule de la cuspide linguale montre une zone de tissu myxomateux similaire à celui décrit pour la canine. Le chapeau de dentine forme un revêtement continu autour des cuspides ; il est plus étroit dans l'espace intercuspidaire et oblique vers la base du follicule, s'étendant inférieurement plus loin sur le côté buccal que sur le lingual. Il est bien développé, composé d'une couche étroite non calcifiée et d'une autre large et calcifiée.

L'émail est également continu, bien développé et calcifié. Il est à peine plus large au sommet de la cuspide linguale qu'à celui de la buccale. Dans la dépression entre les cuspides, il paraît quelquefois plus large que la couche de dentine.

La première bicuspide qui émane du germe de la première molaire temporaire, correspond au moment de la naissance à une dent temporaire de 4 mois et demi. Elle est conique et composée de tissu médullaire, avec des capillaires peu abondants à la base du cône. Naturellement, il n'y a pas trace d'odontoblastes. Le follicule est couvert d'une couche d'épithélium. L'épithélium intérieur de l'organe de l'émail n'est pas encore transformé en améloblastes.

Le point où l'épithélium se recourbe descend un peu plus bas sur la face linguale. L'épithélium extérieur est encore reconnaissable par sa composition d'épithélium en colonne, entouré de tissu connectif fibreux. Entre les couches intérieures et extérieures il y a un réticulum myxomateux bien développé. La couche intermédiaire est présente, quoique peu prononcée.

La seconde molaire temporaire, a dans notre spécimen, deux cuspides bien développées ; la linguale surpasse de beaucoup en volume la buccale. La relation entre les deux cuspides n'est pas évidente (il est possible que le rasoir les ait séparées en préparant la coupe).

Entre les deux cuspides, il y a une élévation couverte seulement par la dentine, laquelle peut également représenter une cuspide coupée près de son extrémité. Le follicule est simplement de tissu connectif fibreux très vasculaire. Des rangées d'odontoblastes sont visibles sur une petite partie de la périphérie.

La hauteur du follicule est trois fois plus grande à la partie linguale qu'à la buccale. Un trait frappant est la ligne de limite. A la face linguale, elle est couverte de dentine; celle-ci existe sur toute la surface supérieure du follicule, qui est un peu plus large au sommet de la cuspide linguale qu'à celui de la buccale.

La différence entre la partie calcifiée et la partie non calcifiée est tout à fait marquée. Il y a deux chapeaux d'émail, le lingual et le buccal; le premier est deux fois aussi large que le dernier.

La seconde bicuspide permanente est moins avancée dans son développement et est analogue à une dent temporaire du quatrième mois de la vie fœtale. Son germe est alors un cône émoussé, avec une portion supérieure conique, entouré de tissu connectif fibreux ; il est formé de tissu médullaire et est faiblement vasculaire à la base. L'épithélium est tout à fait remarquable par ses éléments constitutifs en forme de colonne; l'épithélium extérieur paraît écourté au sommet de l'organe de l'émail. Celui-ci n'est pas encore bien développé. La couche intermédiaire n'est que peu prononcée.

La première molaire permanente est une dent rarement bien développée. Elle a deux cuspides ; la linguale est la plus large. Le follicule est composé simplement de tissu myxomateux et médullaire auquel s'ajoute un délicat tissu connectif. Les vaisseaux sont encore rares. Elle montre des incisions profondes sur les deux faces. On voit des rangées d'odontoblastes, spécialement sur le côté lingual où ils sont continus. La rangée d'épithélium intérieur est transformée en améloblastes sur les deux cuspides, et il y a une couche distincte de tissu médullaire entre les améloblates et l'émail. L'épithélium extérieur commence à se briser à la portion supérieure, à l'endroit où l'organe de l'émail forme une large couche de tissu myxomateux.

Huxley (*Quaterly journal of microscopical science*, 1853) dit, quand il parle du développement de la dentine : qu'il n'est pas explicable par la théorie cellulaire. Combien est vrai cet exposé, fait il y a tant d'années ! Nous ne pouvons pas cependant accepter son assertion que la pulpe n'a nulle part dans la formation de la dentine. Si on considère les cellules comme stables et ne se transformant pas, on ne peut expliquer la formation des tissus dentaires. Les dernières recherches en histologie ont prouvé que, en ce qui concerne les éléments morphologiques, il n'y a rien de stable dans la période de la formation de l'organisme, ainsi que pendant la vie, tant qu'elle n'est pas à son déclin. Avant qu'un tissu soit définitivement formé, il y a des oscillations répétées, en avant et en arrière, dans l'apparence morphologique. Il a été prouvé que le follicule de la dent doit continuer la formation du tissu myxomateux et même du tissu connectif myxo-fibreux.

La ligne de développement de la dentine est : 1° de tissu embryonnaire ou médullaire ; 2° de tissu myxomateux ou myxo-fibreux ; 3° de tissu embryonnaire ou médullaire ; 4° odontoblastique ; 5° encore embryonnaire ou médullaire et enfin de dentine calcifiée ou non calcifiée.

Chaque retour vers le tissu embryonnaire est suivi par un pas en avant dans le développement de l'organe, jusqu'au moment où le tissu le plus parlant, tel que la dentine, fera son apparition. Il est une question que je me pose : la dentine, telle que nous la voyons au moment de la naissance, est-elle bien la même que celle des dents temporaires et permanentes ? Le volume du follicule et le chapeau de dentine sont à la naissance beaucoup plus petits qu'à l'époque de l'éruption.

Il est donc possible que le chapeau de dentine premièrement formé n'est pas définitif, et peut éventuellement retourner une fois de plus à l'état médullaire avant que la formation de la dent soit accomplie. Des oscillations similaires doivent nécessairement se produire pour la pulpe et la dentine radiculaire. Au temps de la naissance, la couronne est seulement visible et bordée en bas par une arête de tissu connectif. Ce dernier tissu retourne à sa condition embryonnaire, afin de produire les matériaux nécessaires pour la dentine. Des observations ultérieures seront nécessaires pour résoudre ces questions et montrer comment la dentine et le cément des racines sont formés.

Les mêmes difficultés existent pour l'histoire du développement de l'émail. A la naissance, l'organe de l'émail est trop petit pour expliquer la formation d'une couche d'émail aussi large qu'elle est au moment de l'éruption. Même les chapeaux d'émail premièrement formés sont beaucoup trop petits, comparés avec le diamètre des couronnes, soit de la dent temporaire, soit de la permanente.

Heitzmann et Bödecker, comme résultat de huit années de travaux, concluent que les éléments du germe épithélial sont réduits en tissu médullaire, immédiatement après en tissu connectif et définitivement en améloblastes. Les améloblastes, suivant leur opinion, ne sont pas les formateurs directs de l'émail, pas plus que les odontoblastes ne sont les formateurs directs de la dentine.

Les améloblastes, réduits en corpuscules médullaires après l'infiltration par la substance basique et la déposition immédiate de sels de chaux, produisent enfin les prismes de l'émail.

De l'étude de leurs coupes et des miennes, je suis convaincu que ces vues sont correctes.

Section II.

Etiologie. — Pathologie. — Bactériologie

Ingersoll. — Les relations des causes prédisposantes et des causes déterminantes de la carie dentaire

Hunt. — Washington. Pathologie orale

Dans cette communication on traite seulement une des nombreuses conditions pathologiques auxquelles les organes buccaux sont sujets. L'auteur parle d'une perturbation qu'il dénomme : maladie du caoutchouc (*rubber disease*).

Les symptômes et les effets sont les suivants : une faible vitalité des parties couvertes par les appareils, une pâleur particulière, l'irritation, la tuméfaction, la rougeur, l'inflammation, la congestion, l'engorgement des masses granulaires, qui deviennent rouges, pourpres, écarlates, molles ; l'arcade est à demi remplie d'une masse spongieuse ; le sang suinte des parties malades ; le gonflement des vaisseaux, la suppuration, l'ulcération, une sécrétion sanguino-purulente venant constamment des ouvertures dans le palais sur l'os nécrosé ; la sensibilité est si émoussée que la douleur n'est pas ressentie ; dans d'autres cas, une sensation fiévreuse, brûlante, lancinante, avec inflammation s'étendant jusqu'à la gorge, causant un chatouillement et une sensation désagréables, avec une toux fatigante, catarrhe chronique des bronches, affaissement des tissus mous, dans quelques cas la mort. (*sic ! ! !*)

Section IV.

Thérapeutique et matière médicale

Chlorure d'éthyle comme amesthésique local

Redart, de Genève, était le premier à parler publiquement de cet agent ; il démontrait ses applications pratiques au Congrès international à Berlin, en 1890. Son application est très simple et ses effets, avec un peu de pratique, sont généralement satisfaisants.

Dans sa démonstration à Berlin, Redart opéra sur le maxillaire supérieur, en projetant le liquide derrière l'angle du maxillaire inférieur, dans la région de la fosse sphéno-maxillaire. Pour une opération sur la mâchoire inférieure, la projection se fit vers le trou mentonnier.

Dans des expériences faites par d'autres, aussi bien que par moi-même, les résultats n'étaient pas très heureux.

Dans le *Blatt für Zahnarzte* de janvier 1893, H. Carlson explique l'usage du chlorure d'éthyle tout à fait comme je l'emploie moi-même.

Je l'applique directement sur la gencive et dans le voisinage immédiat de la racine de la dent qui doit être extraite. Je couvre les dents voisines, l'intérieur de la bouche, ainsi que la langue, avec du coton. Je trouve que le coton préserve mieux les parties environnantes que la serviette proposée par Carlson.

Le coton doit être soigneusement mis, afin d'empêcher tout à la fois la salive d'atteindre la partie devant être anesthésiée et d'être avalée par le patient.

Le temps nécessaire pour assurer l'insensibilité est très variable. Un gramme environ suffit pour quelques patients, pour d'autres il faut mettre jusqu'à trois ou quatre grammes, quelquefois d'avantage, mais exceptionnellement ; dans un cas, j'ai dû employer dix grammes.

Ces circonstances sont cependant rares et peu importantes, parce que le chlorure d'éthyle est très inoffensif et bon marché.

J'insiste sur la nécessité de recouvrir soigneusement toutes les parties de la bouche, parce que si la salive atteint celles qui doivent être anesthésiées, non seulement l'anesthésie est quelquefois retardée, mais souvent elle devient impossible.

J'applique uniquement le fluide dans la région extérieure de la dent affectée.

Si le givre n'apparaît pas promptement sur la gencive, mais que le doigt tenant la couche de coton dans l'intérieur de la bouche sente le froid, je procède immédiatement à l'opération, généralement à la satisfaction du patient.

Carlson recommande d'entourer d'une serviette chaude le tube qui contient l'anesthésique; je ferai la même recommandation, parce que l'évaporation devient ainsi plus rapide et le résultat est meilleur. Ce remède est excellent pour surmonter l'ennui et la souffrance qui sont inséparables de la pratique de notre profession.

Je recommande le chlorure contenu dans des verres cylindriques contenant environ dix grammes, non à cause de la préparation elle-même, car celle de Gillard, P. Monnet et Cartier, dans des verres cylindriques aussi, d'environ trente grammes, est aussi bonne ; mais le mode de fermeture du D[r] Bengué est parfaitement sûr, pendant que celui des autres est compliqué.

Section V.

Chirurgie dentaire et buccale

M. Brophy fait une communication sur la staphylorraphie. Il en décrit le manuel opératoire et en montre les résultats.

Section VI.

Dentisterie opératoire

M. Schreier, de Vienne. — Le traitement des canaux radiculaires infectés par le potassium et le sodium

La méthode de Schreier a déjà été exposée dans cette *Revue* (N° de mars 1893 : *Un nouveau produit pour la stérilisation des dents infectées*, par E. Schiffmann, p. 97).

Un membre demande si l'opération est douloureuse.

M. Schreier. — L'opération n'est pas douloureuse, parce que la dent n'est pas sensible.

Un membre. — Pouvez-vous régler la chaleur par la dose de la préparation que vous employez?

M. Schreier. — Non, pas du tout ; je peux seulement la régler en en prenant plus ou moins. En en prenant trop, on court le danger de provoquer une explosion.

M. Callaham. — J'ai employé cette préparation pendant quelque temps; la chaleur développée est parfaitement inoffensive. J'ai essayé quelques expériences, j'ai même mouillé les dents à traiter, et même en employant une assez grande quantité de préparation, je ne pense pas avoir jamais lésé une dent.

M. Custer. — Je demanderai à M. Schreier ce qu'il fait, après avoir employé son médicament.

M. Schreier. — Je vous ferai remarquer que je ne recommande aucun traitement ultérieur, parce que chacun doit suivre celui auquel il est habitué. Quelques-uns remplissent le canal avec du coton, d'autres avec de l'oxyphosphate, pendant que certains laissent un vide.

M. Custer. — Je pense que vous n'avez pas entièrement compris ma question. Je désire savoir comment vous lavez les canaux après l'application.

M. Schreier. — De par l'emploi de mon médicament, le canal est rempli d'une matière savonneuse, résultat de l'action chimique. Je lave les canaux avec de l'eau, mais je préfère encore une faible solution d'acide phénique et d'eau, pour être sûr de n'y introduire aucune bactérie. Afin d'expulser toutes les particules de matière savonneuse, je roule une mèche de coton sur le tire-nerf, que je tourne vivement dans le canal ; la matière savonneuse étant soluble dans l'eau, le nettoyage est rapide.

M. Brockway. — J'ai un peu l'expérience de cette préparation, et je pense qu'elle sera utile à ceux qui s'en serviront. Il y a quelques semaines que je la possède, je m'en suis servi dans quelques cas, et je peux dire que je suis extrêmement satisfait des résultats.

Une question a été posée : Le danger de produire une trop grande chaleur n'est-il pas à craindre ? Je n'ai jamais eu la moindre inquiétude à cet égard, mais j'avoue avoir eu tout d'abord des petits effets pyrotechniques, en employant une trop grande quantité et en laissant tomber par inadvertance une goutte d'eau. Je fus alarmé, mais le patient ne le vit pas, parce que la digue était placée. On demande aussi comment le canal peut être débarrassé des contenus savonneux. Ma méthode est d'employer des instruments barbelés, mais je compte surtout sur l'eau chaude, qui est un dissolvant du savon.

M. Reese. — J'ai employé la préparation depuis le mois de mai dans une douzaine de cas environ, et le patient ne s'apercevait même pas de la chaleur développée par l'action chimique.

Après avoir ôté le contenu savonneux du canal, je me servais d'eau oxygénée, je séchais le canal avec du coton, et alors je plaçais un pansement huilé. Je le laissais pendant une semaine, après cela les canaux avaient un aspect plus propre que par n'importe quelle autre méthode.

M. Reid. — Quelle est la proportion de sodium et de potassium?

M. Schreier. — Ce n'est pas une quantité fixée, mais habituellement je mets deux parties de sodium pour une de potassium, préparées de telle manière qu'il y a adhérence au tire-nerf.

M. W. B. Ames. — J'aimerais à savoir dans quelles sortes de cas cette préparation doit être employée? Est-ce quand la pulpe a été dévitalisée un jour ou deux auparavant, ou quand elle l'a été depuis deux ou trois semaines?

M. Schreier. — Je m'en sers immédiatement après la destruction de la pulpe, s'il y a insensibilité. N'importe quelle hémorragie sera arrêtée par l'introduction de la préparation.

M. Ames. — Cette combinaison de sodium et de potassium agit-elle de la même manière sur le sang que sur la pulpe?

M. Schreier. — Oui.

M. Ames. — D'après l'expérience du docteur Schreier, y a-t-il beaucoup d'inflammation quelques jours après?

M. Schreier. — Il n'y a pas de douleur après l'application.

M. Ames. — La raison pour laquelle je fais cette question est que j'ai adopté une méthode similaire pour le traitement des canaux par le nitrate d'argent. Quand je veux débarrasser le canal du tissu pulpaire et que j'emploie le nitrate d'argent, je m'attends toujours à une inflammation intense quelques jours après la dévitalisation.

Dans quelle proportion avez-vous des poussées inflammatoires?

M. Schreier. — Si un patient se présente avec une dent douloureuse, je procède de la même manière qu'avec les autres.

M. Arnold. — La méthode de Schreier serait-elle différente s'il y avait résorption de la racine et abcès alvéolaire?

M. Schreier. — Je ne change rien dans le traitement, je trouve toujours la fistule fermée après trois ou quatre jours.

M. Florestin Aguilar. — Depuis septembre dernier, j'ai employé ce médicament dans toutes sortes de cas : quand la pulpe est dévitalisée depuis longtemps, quand elle l'est seulement depuis deux ou trois jours, et aussi sur des dents avec abcès ; j'ai presque toujours été satisfait. Il m'est arrivé d'avoir des échecs, mais je ne les impute pas au médicament, car chacun de nous peut en avoir de même. Je vais plus loin que M. Schreier, qui dit d'attendre deux ou trois jours; je remplis les canaux immédiatement après le nettoyage ; j'enlève la digue avec beaucoup de précautions, parce que si on laisse tomber une petite goutte de la préparation sur la joue ou les gencives, elle peut laisser une marque et occasionner une vive douleur au patient.

(*A suivre.*)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES DENTISTES SONT-ILS ASTREINTS A L'ENREGISTREMENT ?

Les articles de la loi de 1892 qui traitent des conditions d'enregistrement sont les articles 9 et 10. Ils sont ainsi conçus :

Art. 9. — Les docteurs en médecine, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes sont tenus, dans le mois qui suit leur établissement, de faire enregistrer, sans frais, leur titre à la préfecture ou sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de leur arrondissement.

Le fait de porter son domicile dans un autre département oblige à un nouvel enregistrement du titre dans le même délai.

Ceux ou celles qui, n'exerçant plus depuis deux ans, veulent se livrer à l'exercice de leur profession, doivent faire enregistrer leur titre dans les mêmes conditions.

Il est interdit d'exercer sous un pseudonyme les professions ci-dessus, sous les peines édictées à l'article 18.

Art. 10. — Il est établi chaque année dans les départements, par les soins des préfets et de l'autorité judiciaire, des listes distinctes portant les noms et prénoms, la résidence, la date et la provenance du diplôme des médecins, chirurgiens, dentistes et sages-femmes visés par la présente loi.

Ces listes sont affichées chaque année dans le mois de janvier dans toutes les communes du département. Des copies certifiées en sont transmises aux ministres de l'intérieur, de l'instruction publique et de la justice.

La *statistique* du personnel médical existant en France et aux colonies est dressée tous les ans par les soins du ministre de l'intérieur.

Le *Code du chirurgien-dentiste* de MM. Roger et Godon s'exprime ainsi sur ces articles :

L'article 9 et l'article qui suit indiquent les formalités à remplir, au regard de l'administration, dans le mois qui suit l'établissement des personnes y dénommées.

Comme la profession de médecin, la profession de chirurgien-dentiste est essentiellement personnelle. Aussi le législateur en édictant toutes les formalités d'inscription, a-t-il voulu assurer que les professions visées seront effectivement exercées par les titulaires des diplômes.

Comme le font observer les auteurs du *Code du chirurgien-dentiste*, le législateur avait surtout pour but d'empêcher les substitutions de personnes et de bien établir le droit personnel à la pratique légale.

L'article 10 avait en plus l'avantage de permettre l'établissement d'une statistique complète du personnel médical et d'en tirer les déductions qu'elle comporte.

Ces articles ont été inspirés des décisions du législateur anglais. En omettant de faire figurer les dentistes exerçant en vertu des dispositions transitoires, parmi ceux qui sont astreints à la déclara-

tion, on rend plus difficile l'application de la loi, notamment en ce qui concerne la pratique illégale de l'art dentaire. L'inscription ou la non inscription au registre officiel était un commencement de preuve d'une valeur incontestable; ce registre ne mentionnant pas les dentistes, il sera difficile aux parquets et aux syndicats de faire respecter la loi.

Une conséquence de moindre importance résulte de l'oubli du législateur. On enlève au registre médical une partie de sa valeur documentaire. On a dit : que si les chiffres ne gouvernaient pas les hommes, ils montraient comment ils étaient gouvernés. Cet axiome se justifie en l'espèce ; une statistique exacte et complète de ceux qui pratiquent à un titre quelconque l'art de guérir est pleine d'enseignement. Elle permettrait de juger dans un avenir prochain des effets de la loi de 1892 sur le recrutement du corps médical.

Dans les publications anglaises nous connaissons le *Dentits's Register*. Nous avons déjà signalé quelques conclusions qui s'en dégagent, et nous aurions souhaité qu'on pût faire le même travail pour la France.

C'est grâce au *Dentist's Register* que les dentistes anglais commencent à s'apercevoir qu'en allongeant considérablement les études pour obtenir le diplôme de L. D. S., ils ont nui au recrutement normal de la profession.

La possibilité de juger chiffres en main les effets de la loi de 1892 nous sera interdite. Ces raisons nous font souhaiter qu'on pût faire par voie administrative ce qu'on n'a pas fait par voie légale.

Afin d'être édifié d'une manière certaine sur les obligations qui incombaient aux dentistes, nous nous sommes présenté, le 5 décembre 1893, au greffe du Tribunal civil de la Seine et à la Préfecture de police, où les inscriptions sont reçues. Dans ces deux administrations, on nous a refusé l'inscription d'une patente de dentiste antérieure à 1892.

Cela répond d'une manière formelle à l'interrogation qu'un grand nombre de nos lecteurs nous ont posée.

Ils n'ont donc pas à s'occuper des prescriptions des articles 9 et 10 de la loi. Elle ne s'adresse qu'à ceux qui ont un diplôme médical. Ceux qui obtiendront le diplôme de chirurgien-dentiste y seront astreints également.

P. Dubois.

Droit a payer pour l'obtention du diplôme d'État

Nous ignorons encore la date des examens et leurs programmes. Nous n'ignorons plus le montant de la carte à payer par tous ceux qui aspirent au diplôme d'État. Il est de 960 fr. pour douze inscriptions et trois examens. Cette somme n'a rien d'excessif pour les étudiants qui prennent actuellement leur première inscription, à condition qu'en échange il leur soit donné un enseignement complet d'art dentaire ? L'avenir nous l'apprendra.

Ce qui serait absolument abusif, c'est que cette somme fût de-

mandée à tous ceux qui veulent obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste, sans profiter des laboratoires et de l'enseignement oral qu'on va organiser.

Les dentistes qui bénéficient des dispositions transitoires ont déjà payé aux établissements libres, pour apprendre leur profession, et on ne peut équitablement leur demander de payer à nouveau un enseignement dont ils ne seront pas les bénéficiaires. Si on exige d'eux la somme totale, il en résulte, qu'au point de vue des charges, il y aura deux classes de dentistes : les anciens praticiens, qui auront à payer deux fois leurs frais d'études, les nouveaux, qui ne les paièront qu'une seule.

Nos gouvernants devraient se dire que les nécessités budgétaires ne dispensent pas de l'équité. Ces dernières années, on l'a un peu trop oublié en matière de taxes.

Les exigences du Trésor, à l'égard des officiers de santé qui veulent passer leurs examens de doctorat, sont scandaleuses. Espérons que le concert de récriminations qu'elles ont soulevées ont été entendues, et que, pour les dentistes, on ne leur demandera pas de payer ce dont ils ne se sont pas servis.

P. D.

REVUE DE L'ÉTRANGER

MÉTHODES EMPLOYÉES POUR PRÉPARER DES SECTIONS DE DENTS CARIÉES EN VUE DE L'EXAMEN MICROSCOPIQUE

(*D'après H. Sewill.*)

Par Choquet,
Démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

Arthur Underwood a préparé un grand nombre de sections de dents cariées en employant la méthode suivante :

Les sections sont coupées à la main sur des dents fraîchement extraites, sans leur faire subir aucune préparation préalable.

A cet effet, on se sert d'un couteau de Baer. On tient la dent d'une main, le couteau de l'autre. Avec un peu de pratique, on peut arriver à faire dans les tissus cariés des sections de grandeur suffisante, « de très petites pièces peuvent faire l'affaire », et assez fines pour être examinées sous un fort grossissement. Les sections sont colorées par l'immersion dans le violet de méthyle, ou bien, si l'on veut les photographier, dans le brun de Bismarck. La coloration demande environ 5 minutes, temps au bout duquel les sections apparaissent fortement teintées. On les plonge alors dans de l'eau dont on a rempli un verre de montre, afin d'enlever l'excès de teinture.

Lorsque la couleur commence à devenir rouge ou brune, les sections sont retirées et séchées sur du papier buvard.

On les déshydrate alors soigneusement dans l'alcool ; mais, comme cette déshydratation peut diminuer l'intensité de la couleur, il faut apporter une grande attention à l'opération.

De 2 à 5 secondes suffisent ordinairement, puis, lorsqu'on retire les coupes de l'alcool, on les sèche sur du papier buvard.

On les plonge alors en dernier lieu dans de l'huile de cèdre, de façon à les éclaircir.

On les sèche à nouveau sur du buvard, et on les monte alors, en les faisant glisser, dans une goutte de baume au xylol.

La lamelle ou couvre-objet ne doit jamais avoir plus de 0 m. 004 d'épaisseur. En employant cette méthode de préparation, M. Underwood a pu démontrer la présence de micro-organismes en se servant d'un objectif à immersion de 1/12 de pouce. Suivant M. Pound, les matières indiquées plus loin sont nécessaires pour l'étude microscopique : alcool absolu, alcool méthylique (alcool commercial ordinaire), eau distillée, huile d'aniline, acide phénique, iodure de potassium, iode, essence de girofle, xylol, baume de Canada (sec, autant que possible), violet de gentiane ou de méthyle, fuchsine, rubine et orange acides, de la gomme d'acacia et du papier à filtrer.

1° *Formule de solution gommeuse pour congélation.* — Gomme, 1 once ; eau, 4 onces. La gomme une fois dissoute, la filtrer à travers de la mousseline, puis ajouter de l'alcool camphré, 4 gouttes, et quelques gouttes d'acide phénique pour rendre la solution aseptique.

2° *Violet de méthyle ou de gentiane dans une solution d'aniline (Gramm).* — Emulsion saturée d'huile d'aniline et d'eau distillée. Il faut filtrer deux fois. Prendre 20 centim. cubes de la solution filtrée, et pour cette quantité ajouter 1 centim. cube d'une solution alcoolique saturée de violet de gentiane ou de méthyle.

3° *Iodure de potassium iodé (Gramm).* — Iode, 5 gr. ; iodure de potassium, 1 gr. ; eau distillée, 150 gr. Placer tout d'abord dans 20 centimètres cubes d'eau et, lorsque tout se trouve dissous, ajouter le restant de liquide.

4° *Baume au xylol.* — Baume de Canada (sec) dissous dans du xylol pur jusqu'à consistance de miel ou de sirop. Au bout de 8 à 10 jours, tous les débris de matières étrangères se sont déposés au fond du flacon. Décanter la solution claire dans un flacon bouché à l'émeri.

5° *Vernis de Shellac.* — Shellac, 1 partie ; alcool méthylique, 4 parties.

6° *Rubine et orange acides en solution forte (plus connue sous le nom de rubine S).* — Rubine acide, solution aqueuse saturée ; orange, solution aqueuse saturée.

Mélanger par parties égales.

7° *Rubine et orange acides diluées.* — Ajouter un centimètre cube de la solution précédente à 12 centimètres cubes d'eau.

8° *Fuchsine phéniquée (Ziehl).* — Fuchsine (1 gr.) dissoute dans

20 centimètres cubes d'alcool absolu. Ajouter acide phénique 5 0/0. Avant de s'en servir, ajouter du vert-de-gris par l'addition d'un peu d'alcool. Les dents, aussitôt après leur extraction, sont placées dans de l'alcool (alcool méthylique) de 7 à 14 jours, pour durcir les parties cariées qui sont plus molles que le tissu sain. Lorsque la dentine cariée se trouve durcie, on la coupe et on la trempe dans l'eau pendant 24 heures pour chasser l'alcool.

On la place ensuite dans la solution gommeuse (n° 1) pendant 24 heures.

Les sections sont alors faites avec le microtome à congélation de Swift ou n'importe quel autre, et on les rince ensuite dans l'eau pendant quelques minutes pour dissoudre la gomme.

De l'eau, les sections sont alors placées dans la solution de violet d'aniline (n° 2), de 3 à 6 minutes ; on les sort et on les place dans la solution d'iodure de potassium iodé (n° 3) pendant 2 ou 4 minutes, ou bien jusqu'à ce qu'elles deviennent brunes. On les transporte ensuite dans l'alcool (pas absolu) et on les y lave jusqu'à ce que toute couleur disparaisse. On les lave une deuxième fois dans de l'alcool frais, on les éclaircit dans de l'essence de girofle et on les place sur une lamelle propre.

Il s'agit maintenant d'exprimer entièrement l'essence de girofle, ce que l'on obtient en pressant soigneusement la solution sur du papier buvard. Enfin, et en dernier lieu, on pose une goutte de baume au xylol et l'on applique une lamelle par-dessus. La solution de violet d'aniline colore en même temps les micro-organismes et les tissus, et,par la solution iodée, la couleur se fixe principalement sur les micro-organismes, la solution iodée contractant et fixant en même temps le protoplasma coloré dans l'intérieur de l'enveloppe du micro-organisme.

Une fois la coloration fixée, on peut alors extraire l'excédent de coloration du milieu des tissus au moyen de l'alcool.

Quand on a monté une coupe et qu'on veut l'examiner avec un microscope approprié, tel qu'un Zeiss ou un Swift (modèle de Crookshauk avec un objectif n° 1), l'on aperçoit des raies bleues.

Celles-ci, si l'on se sert d'un objectif de 1/6 de pouce (celui de Swift),peuvent être considérées comme des masses de leptothrix, de bactéries ou de microcoques enfermés dans l'intérieur des tubes dentinaires. Un condensateur d'Abbé est indispensable.

Si l'on veut étudier la morphologie des micro-organismes, un objectif à immersion homogène de 1/12 est absolument nécessaire.

Si la structure du tissu doit être enlevée, les sections pourront, sitôt sorties de l'alcool, être placées dans la rubine et l'orange pendant 5 minutes, lavées dans l'eau distillée, déshydratées dans l'alcool, éclaircies dans l'essence de girofle et enfin montées dans le baume de Canada. Si l'on emploie ce procédé, il est toujours préférable de colorer beaucoup plus fortement, quitte à retirer après l'excès de coloration en lavant la préparation à l'eau.

Cette méthode montre bien le dessin du tissu, principalement dans les sections transversales. Dans quelques endroits, les tubes

dentinaires sont obstrués par les micro-organismes, tandis que dans d'autres parties ils sont absolument sains.

Quelquefois, dans les sections verticales colorées à la rubine S, la dentine globulaire ou les espaces interglobulaires sont très apparents. Des lamelles portant des préparations de raclage de dents cariées présentent, lorsqu'elles sont simplement colorées avec de la fuchsine phéniquée, des apparences tout à fait différentes de celles produites par la méthode de Gramm.

Lorsqu'elles sont colorées avec la fuchsine phéniquée, les caractères ne sont pas du tout altérés. Par la méthode de Gramm, les micro-organismes n'apparaissent pas d'une façon aussi nette ; il en est de même de certains points typiques et de certains détails minuscules qui ne s'aperçoivent pas.

Lorsqu'on se sert du violet d'aniline, les sections ou les lamelles supportant les matières à examiner, si elles sont portées dans la solution iodée, cette dernière agit à la façon d'un mordant. Il se produit une contraction soudaine du protoplasma, ce qui, en substance, atténue considérablement les détails si minutieux des micro-organismes.

Cela se démontre aisément, surtout dans le cas du bacillus anthracis. En colorant une préparation de sang contenant ce microbe avec de la fuchsine, les parties si caractéristiques de ce microbe se voient avec on ne peut plus de finesse, tandis qu'en colorant une préparation semblable par la méthode de Gramm, les bacilles apparaissent beaucoup plus courts, plus minces et avec des extrémités arrondies.

La coloration par la rubine fut d'abord employée en Angleterre par Watson Cheyne, mélangée avec l'hématoxyline d'Erlich, et c'est peut-être le meilleur des colorants à employer pour les préparations pathologiques ou histologiques.

Il est impossible d'en apprécier la valeur, si l'on ne s'en est pas servi soi-même. Il est absolument nécessaire de préserver les spécimens placés entre la lame et la lamelle en lustrant celles-ci avec du vernis Shellac dont on place deux ou trois couches. Il est aujourd'hui hors de doute que les préparations qui ne sont pas conservées de cette façon verront leur coloration disparaître, même si elles sont conservées dans l'obscurité.

(*Dental Surgery*, p. 391.)

LIVRES ET REVUES

De la leucoplasie buccale par le Dr Clémenceau de la Loquerie. Étude couronnée par l'Académie de médecine, concours de 1892, *Prix Daudet-Maloine. Paris*, 1893.

La nature, le traitement de la leucoplasie buccale sont toujours à l'état d'interrogations. Mauriac disait en 1875 :

« Sa pathogénie en effet est complexe et fort obscure. Son diagnostic présente parfois des difficultés qui déjouent la sagacité des

praticiens les plus expérimentés. Son pronostic est incertain. Quant à son traitement, il n'a donné que des résultats nuls ou insignifiants, bien qu'on ait employé tous les substitutifs, tous les fondants et résolutifs de la matière médicale. »

M. Clémenceau n'a pas la prétention de donner une solution aux questions que M. Mauriac se déclarait impuissant à résoudre, mais seulement de montrer où nous en sommes. Hélas ! nous n'avons guère avancé.

On voit un peu mieux ce que la leucoplasie n'est pas, sans pouvoir dire ce qu'elle est. Est-elle d'origine locale ou générale ? Le cancer qui vient à sa suite est-il un stade avancé de l'affection, ou est-il une maladie distincte ? Le tabac, l'arthritisme, la syphilis sont-elles ou non causes essentielles ? Enfin le microbe, cette providence des pathologistes embarrassés, a-t-il un rôle dans la formation des plaques leucoplasiques ? L'avenir le dira peut-être ; le présent l'ignore.

Quoi qu'il en soit de l'étiologie, tous ceux qui traitent et observent les affections de la cavité buccale ont intérêt à connaître une affection qui, si elle n'engendre pas le cancer, le précède souvent.

Ce que dit M. Clémenceau des symptômes et du diagnostic différentiel, donne à son mémoire une valeur pratique incontestable, et on ne saurait avoir actuellement de guide plus éclairé.

P. D.

NOUVELLES

Dans son assemblée générale du 5 décembre 1893, la Société civile de l'Ecole et Clinique dentaires de Paris a nommé membres du conseil de direction :

MM. Barrié.
Bioux.
d'Argent.
Dubois.
F. Jean.
Frey.
Godon.
Gravollet.
Legret.

MM. Lemerle.
Loup.
Löwenthal
Martinier.
Poinsot.
Prével.
Sauvez.
Viau.

Dans sa séance du 12 décembre, le Conseil de direction de l'École dentaire de Paris a constitué ainsi son bureau :

Président : M. Ch. Godon.
1er vice-président : M. Viau.
2e vice-président : M. Lemerle.
Directeur de l'Ecole : M. Poinsot.
Directeur adjoint : M. Godon.
Secrétaire général : M. Fr. Jean.

Trésorier : M. d'Argent.
Bibliothécaire : M. Sauvez.
Bibliothécaire adjoint : M. Frey.
Conservateur du Musée : M. Martinier.
Conservateur adjoint : M. Löwenthal.
Econome : M. Prével.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

PALMARÈS

Année scolaire 1892-1893.

LAURÉATS

M. Stévenin (Paul) ayant obtenu 94 points 3/4 aux examens de fin de 3e année, il lui est décerné :

1° *Une médaille d'argent*, offerte par l'École;

2° *Prix d'honneur*, offert par M. le ministre de l'instruction publique;

3° *Un tour*, offert par la maison White, de Philadelphie;

4° *Prix*, offert par M. Berthaux, de Soissons.

M. Lévêque (Philippe) ayant obtenu 87 points 1/2 aux examens de 3e année, il lui est décerné :

1° *Une médaille de vermeil*, offerte par M. le ministre du commerce;

2° *Prix*, offert par M. Berthaux, de Soissons.

M. Quillet (Andrès) ayant obtenu 86 points aux examens de fin de 3e année, il lui est décerné :

1° *Une médaille d'argent*, offerte par M. Em. Ferry, maire du IXe arrondissement de Paris;

2° *Prix*, offert par M. Mamelzer, de Paris.

Prix de dissertation.

Le Conseil de direction ayant ouvert un concours entre les lauréats, décerne à M. le docteur Buisseret (Adolphe) :

1° *Prix*, offert par M. le préfet de la Seine au nom du Conseil général;

2° *Prix*, offert par M. Victor Simon.

Prix de clinique.

M. Charpentier (Charles) et Mlle Eloy (Stella) ayant eu, pendant leurs trois années de scolarité, le plus de points sur leurs carnets de clinique, correspondant au plus grand nombre de présences et de malades soignés au dispensaire, il leur est décerné :

A M. Charpentier :

1° *Un prix*, offert par M. Em. Lecaudey;

2° *Deux volumes.*

A Mlle Eloy :

1° *Un prix*, offert par M. Em. Lecaudey;

2° *Un coryleur* perfectionné.

Examen de fin de 3e année.

Etudiants ayant subi avec succès l'examen général et à qui a été délivré le diplôme de l'Ecole dentaire de Paris.

Maximum: 108 points. Minimum : 70 points.

Session de juillet.

1 MM. Stévenin, Paul.
2 Lévêque, Philippe.
3 Quillet, Andrès.
4 Charpentier, Charles.
5 Gros, Paul.
6 Robin, Lucien.
7 Cherbétian, Nicolas.
8 Vichot, Julien.
9 Mlle Eloy, Stella.
» MM. Houdoux, Maurice.
10 Devoucoux, Charles.
» Schaeffer, Marie-Jules.
11 Dejean, Victor.
12 Bouvry, Georges.
13 Schwabsky, Albert.
14 Tireau, Charles.
15 Athénas, Louis.
16 Cossas, Amédée.
17 MM. de Flaugergues, Henri.
18 Diétrichs, Ernest.
19 Germain, Wilfrid.
20 Mme Monet, Adèle.
MM. le docteur A. Buisseret.
— Ch. Dutour.
— J. Messian.

Session d'octobre.

MM. Thomson, Noël.
Faloy, Eucher.
Katz, Albert.
Buron, Eugène.
Grasset, Henri.
Schleier, Gertz.
Duperré, dit Nickelson.
De Rojas, Fernando.
De Libouton, François.
Sorré, Albert.
Reinheimer, François (fils).

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

La Société d'odontologie de Paris tiendra deux séances extraordinaires de démonstrations pratiques les dimanche 14 et lundi 15 janvier 1893, à 9 heures du matin.

Nous rappelons à nos confrères de province que ces séances sont organisées à leur intention.

L'assemblée générale annuelle de la Société aura lieu le mardi 16 janvier, à 8 heures 1/2 du soir.

SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Une assemblée générale de la Société aura lieu le mardi 30 janvier. Elle aura à examiner la révision des Statuts.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

L'assemblée annuelle de l'Association générale des dentistes de France aura lieu le dimanche 14 janvier 1894.

Nous apprenons avec plaisir que M. Whright, D. E. D. P., vient d'obtenir, à Dublin, le diplôme de licencié en chirurgie dentaire.

Nous sommes heureux d'apprendre le mariage de notre collègue M. Meng avec Mlle Delamar, ainsi que celui de M. Prussenar avec Mlle Delestrée.

Nous apprenons avec plaisir que notre collègue M. Bugnot, D. E. D. P., vient d'être reçu à l'épreuve orale du 3e doctorat avec la note *bien satisfait*.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 décembre.

Nous relevons parmi les lauréats de l'année 1893 : Prix Alvarengha de Pianhy, Dr SÉBILEAU.

Parmi les questions données, nous voyons pour le prix Daudet : *Des parotidites*, MM. P. CLAISSE et Ernest DUPIE ont obtenu les plus hautes récompenses.



NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre la mort de deux de nos diplômés. M. Klein, diplômé de 1885, et M. Georges Clarke, diplômé de 1881.

Tous les deux étaient d'âge où l'on a encore de longs jours devant soi et nous déplorons leur perte prématurée.

TABLE MÉTHODIQUE DES MATIÈRES
Volumes I et II.

TRAVAUX ORIGINAUX

VOLUME I

VOLUME II

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE

Volume I

Volume II

Volume I

Volume II

Volume II

VOLUME II

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

VOLUME I

VOLUME II

BIBLIOGRAPHIE, LIVRES ET REVUES

VOLUME I

VOLUME II

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

Voir *Index alphabétique.*

CORRESPONDANCES SPÉCIALES

Volume I

Volume II

REVUE DE L'ÉTRANGER

NÉCROLOGIE

Volume I

Volume II

PATHOLOGIE DENTAIRE ET BUCCALE

Voir *Index alphabétique.*

THÉRAPEUTIQUE, MATIÈRE MÉDICALE, DENTISTERIE OPÉRATOIRE

Voir *Index alphabétique.*

INDEX ALPHABÉTIQUE

C

D

AVIS

Par décision du CONSEIL D'ADMINISTRATION, la collection de la première année de la *Revue Internationale d'Odontologie* est MISE EN VENTE AU PRIX DE 6 FR. NET prise au bureau du journal.

Envoi par la poste, en France, 0 fr. 50 c.

Envoi pour l'étranger, 1 fr.